

persistant, soit sur la hernie, soit sur un autre point; de paralysie intestinale, ou de péritonite de voisinage. J'ai vu des exemples de toutes ces variétés. Il peut en exister d'autres que je n'ai pas vues ou que j'ai méconnues. De toutes celles-là vous pouvez distinguer en théorie, et généralement en fait et en pratique, ces genres de cas dans lesquels des accidents naissent après un intervalle bien net de soulagement après l'opération. Tous peuvent aller bien, ou du moins pas mal, pendant un certain temps; le malade peut éprouver une sensation bien nette de soulagement; le mal de cœur et autres symptômes fâcheux peuvent cesser pendant des heures ou même quelques jours; puis surviennent des accidents et le désappointement.

Les cas qui peuvent être ainsi groupés sont nombreux et variés. Je trouve dans mes notes des exemples d'inflammation aiguë du sac herniaire et de ses téguments; de péritonite aiguë simple, pareille à celle que l'on pourrait appeler traumatique; de péritonite asthénique, probablement de nature érysipélateuse; de péritonite aiguë, avec collapsus rapide, par suite de perforation ou rupture intestinale; d'inaction simple ou paralysie de l'intestin. Et à ces accidents qui furent particuliers aux opérations pour hernie, on peut ajouter d'autres calamités analogues à celles qui pourraient survenir après toute opération, comme le phlegmon diffus, l'érysipèle, la phlébite, etc.

Il n'est pas possible, et il ne serait guère opportun de parler maintenant de toutes ces complications; car, bien que celles de la première liste soient associées à la hernie, elles ne lui sont pas spéciales, et leur pathologie et leur traitement doivent être étudiés sur un champ plus vaste. Il faut en user avec la péritonite d'après les mêmes règles que si elle n'avait rien de commun avec la hernie, et déter-

miner avec grand soin à laquelle des formes que j'ai énumérées on a affaire.

L'étranglement peut causer lui-même la péritonite; et celle-ci, commençant avant l'opération, peut continuer après elle. La blessure et l'exposition du péritoine à l'air peuvent en provoquer l'inflammation, ou augmenter beaucoup celle qui existait avant l'opération. Dans les deux ordres de cas, on peut observer les signes de péritonite immédiatement après l'opération, ou, au plus, dans les douze heures qui la suivent; et alors l'inflammation sera généralement aiguë ou, autant que le permettra la constitution du patient, sthénique. Mais vous pouvez en général distinguer de ceux-ci les cas dans lesquels la péritonite éclate après un intervalle plus long, et revêt plutôt le type asthénique; que ce soit à la suite d'une solution de continuité de l'intestin, ou de conditions analogues à celles qui produiraient l'érysipèle après les lésions externes.

Je ne prétends pas que, dans chaque cas de péritonite après une hernie, vous pourrez déterminer aisément auquel de ces différents types d'inflammation elle appartient. Vous le pourrez souvent, vous devrez l'essayer toujours; car c'est d'après le type de l'inflammation qu'il faut établir votre traitement.

Dans les inflammations sthéniques, vous pouvez amener un grand bien-être et aider la guérison par une saignée locale copieuse au moyen de sangsues, par de grands cataplasmes sur l'abdomen, par des boissons légèrement salées et alcalines, par le régime le plus simple et le moins stimulant.

Dans les inflammations asthéniques, l'opium est le seul médicament qui soit généralement utile. On emploie aussi le calomel et l'opium; mais je crois que le calomel est plus

souvent mauvais que bon. En même temps que l'opium il faut prescrire le repos et la chaleur, des aliments liquides et du vin coupé. Je ne puis pas vous donner plus de règles générales; car le reste du traitement doit être déterminé séparément pour chaque cas.

Outre ces accidents très-graves qui peuvent suivre la kélotomie, il peut survenir certains troubles locaux dont quelques-uns méritent que je vous en parle.

Le plus commun peut-être est l'inflammation aiguë du sac herniaire, soit seul, soit avec la partie immédiatement voisine du péritoine. Elle est, je pense, plus susceptible d'arriver après les opérations pour grosses hernies chez les personnes âgées, lorsque la réduction a exigé beaucoup de temps et de force. Ce qui vous l'indiquera le mieux, c'est la souffrance et la sensibilité localisées avec fièvre, sans les signes d'absence de soulagement ou de péritonite générale dont j'ai parlé dernièrement. Il n'y a pas d'affection grave, mais un état général en rapport avec une inflammation traumatique locale d'une certaine intensité; et vous pouvez la traiter, ainsi envisagée, par le repos complet, des applications chaudes et humides sur la partie, et très-peu d'aliments; et, dans les cas aigus chez les personnes robustes, par des sangsues en abondance.

Dans le cas le plus aigu que j'aie vu, j'ai appliqué 98 sangsues dans les trois jours qui ont suivi l'opération avec grand soulagement, et, je pense, grand avantage pour le malade. Il y a vingt ans de cela, mais on aurait raison d'agir encore ainsi.

Un autre trouble local est l'inflammation aiguë du tissu cellulaire situé en dehors du sac. On la rencontre principalement après les opérations pour hernie scrotale et pour hernie fémorale profondément située. Communément, les

choses paraissent aller bien pendant quelques jours, puis il survient de l'inflammation dans la peau et au-dessous, conduisant quelquefois à un abcès, quelquefois à une suppuration diffuse. Il n'y a dans ces cas rien de spécial à la hernie. Les mêmes complications peuvent, comme vous le savez, suivre toute autre opération, et elles nécessitent toujours les mêmes moyens généraux de traitement. Je n'ai jamais vu d'accident sérieux suivre aucun cas de ce genre.

Je pourrais parler d'autres obstacles à la guérison causés par la kélotomie; mais je me borne à l'inflammation du testicule, à la gangrène du scrotum et d'autres que j'ai pu étudier en pratique; je passe sur les autres, comme j'ai fait pour beaucoup d'autres choses, spécialement les complications de hernies par diverses affections locales, comme l'hydrocèle, le varicocèle, le testicule retenu, etc. Je n'ai vu qu'un ou deux cas de chaque, et je ne puis vous en dire rien que vous ne sachiez déjà. Enfin, comme conclusion, je dois ajouter que, bien que certains d'entre vous pourraient trouver excessif de faire quatre leçons sur la hernie étranglée, je n'ai traité le sujet que très-superficiellement, très-incomplètement. La vie d'un homme n'est pas à beaucoup près suffisante pour en faire une étude personnelle complète, même dans un champ aussi large que celui que nous trouvons dans cet hôpital.

## NOTES

NOTE XI, page 187.

M. Hutchinson (*Lond. Hosp. Rep.*, vol. II, p. 109) exprime cette idée que la péritonite survient très-rarement avant que l'opération soit pratiquée, à moins d'être provoquée par perforation et épanchement de matières fécales. Les signes que l'on prend pour ceux d'une péritonite, nausées, constipation, expression anxieuse, langue un peu sèche, ne sont réellement que ceux d'une obstruction intestinale; tandis qu'un examen attentif montrera que, bien qu'il y ait une sensation douloureuse de tiraillement à la pression près du collet du sac, il n'y a rien de cette intolérance générale de la pression qui dénote une péritonite. Il démontre que lorsque, comme il arrive parfois, des malades meurent de hernie étranglée sans opération, on ne trouve pas les plus légers signes de péritonite après la mort; il cite un cas, fatal au sixième jour par étranglement persistant, où il en était ainsi.

Dans son article sur l'*Intussusception* (*Med. chir. Trans*, vol. LXVII), son langage est encore plus positif: « Dans l'intussusception, comme dans la hernie étranglée et autres formes d'obstruction intestinale, on peut, je pense, admettre comme un fait établi que, à moins qu'il n'y ait une perforation, il n'y aura pas de péritonite. »

Dans l'explication de ce fait observé journellement qu'on trouve de la péritonite dans les cas de mort suivant très-rapidement les opérations pour hernie, il remarque: « qu'il est presque impossible d'exagérer notre conception de la rapidité incendiaire avec laquelle l'inflammation d'une membrane séreuse peut débiter et s'étendre lorsqu'il y a une cause suffisante. »

Les principales causes de péritonite après les opérations pour hernie sont, d'après lui, la rentrée de l'intestin en état d'inflammation avancée, avec des amas de lymphes y adhérents, et des plaques presque gangréneuses sur sa surface; et, secondement, la blessure produite par les doigts, les sondes, etc., introduits dans le sac.

Dans tout cela M. Hutchinson trouve une occasion favorable d'insister sur la nécessité de l'intervention primitive dans les cas d'étranglement; sur la prudence exigée pour déterminer si une anse d'intestin enflammée peut être rentrée ou laissée dans le sac, et sur la douceur et les soins qu'il faut observer dans tout ce qui touche à l'opération (H. Marsh).

NOTE XII, page 193.

Depuis que les leçons sur les hernies ont été faites, le Dr Dieulafoy a publié son *Traité de l'aspiration des liquides morbides*, qui contient un chapitre important et d'un grand intérêt chirurgical sur l'emploi de l'aspiration dans la réduction de la hernie étranglée. L'opération consiste à ponctionner la hernie en un ou plusieurs points avec une fine aiguille tubulée en communication avec un appareil à faire le vide, et à enlever le gaz ou le liquide qu'il peut y avoir soit dans le sac, soit dans la cavité de l'intestin.

Le Dr Dieulafoy rapporte de nombreux cas dans lesquels l'aspiration a été ainsi employée, soit par lui-même, soit par d'autres chirurgiens bien connus du continent. Dans certains d'entre eux l'étranglement avait duré quatre ou cinq jours et le taxis n'avait pu accomplir la réduction; cependant après l'aspiration la hernie était rentrée facilement. En face de ces succès il mentionne quelques cas rares dans lesquels l'aspiration ne put faciliter la réduction, mais aucun dans lequel il soit arrivé d'accident. Et il conclut que « la ponction aspiratrice d'une anse intestinale herniée, pratiquée au moyen de l'aiguille n° 1 ou n° 2, est d'une complète innocuité. »

Les cas qui conviennent le mieux pour l'aspiration sont ceux dans lesquels la hernie est formée d'intestin sans épiploon, où l'étranglement est récent, et où il n'y a pas d'adhérences. Mais il pense qu'elle serait à essayer dans tous les cas d'étranglement, à l'exception seulement de ceux dans lesquels il y a une raison de craindre que l'intestin soit déjà gangrené ou ulcéré. Et il l'emploierait avant d'avoir recours au taxis.

Plusieurs chirurgiens ont pratiqué cette méthode en Angleterre,

et ont obtenu beaucoup de résultats satisfaisants. Mais les prévisions du D<sup>r</sup> Dieulafoy ne se sont pas complètement réalisées. L'aspiration a échoué dans un nombre considérable de cas, et elle n'est assurément pas aussi exempte de danger que le pensait le D<sup>r</sup> Dieulafoy lorsque son travail fut publié.

Il y a beaucoup de circonstances qui rendent impossible ou mauvais de faire rentrer une hernie sans ouvrir le sac, et dans lesquelles l'aspiration serait inutile ou funeste. Il faut bien retenir que la méthode n'en est encore qu'à l'essai. Elle prouvera sans aucun doute qu'elle est utile lorsque l'étranglement est récent, et que la réduction est empêchée par une collection de gaz ou de liquide, soit dans le sac, soit dans la cavité de l'intestin; mais il faut l'employer avec grand soin, et seulement après avoir examiné de près toutes les conditions du cas (H. Marsh).

NOTE XIII, page 197.

A l'hôpital Saint-Georges, c'est une coutume presque invariable d'ouvrir le sac dans chaque cas d'opération pour hernie étranglée. Ainsi dans un travail inséré dans *the Medical Times and Gazette*, vol. I, p. 861, on voit que M. Cooper et M. Holmes disent que dans 121 cas il y en eut seulement 4 dans lesquels le sac ne fut pas ouvert. Et M. Haward, écrivant dans *the Saint-George's Hospital Reports*, vol., I, 1866, élève ces nombres à 181 et 6 respectivement.

Dans la série des 121 cas la mortalité fut de 30,5 pour 100; et l'auteur compare cette proportion de mort avec celle qui eut lieu au London Hospital, où sur 100 cas on n'ouvrit pas le sac dans plus de la moitié, et dans laquelle la mortalité fut de 33 pour 100.

La conclusion tirée par M. Cooper et M. Holmes de ces chiffres et de l'examen des cas de l'hôpital Saint-Georges, est que l'ouverture du sac n'a d'effet ni sur le taux de la mortalité ni sur le temps exigé pour la cicatrisation de la plaie; et M. Haward exprime l'opinion que la balance penche certainement en faveur de l'opération dans laquelle le sac est ouvert.

Bien que la pratique de l'hôpital Saint-Georges porte le cachet d'une très-haute autorité, on peut douter qu'elle soit juste au point de suivre une règle de pratique toujours uniforme. Les cas de hernie présentent une variété infinie, et c'est pourquoi chaque exemple demande à être considéré en particulier. Il semble inconcevable que, dans les 181 cas mentionnés par M. Haward, il n'y en ait que 6 dans

lesquels il y eut avantage pour les malades à ne pas ouvrir le sac, et on n'a pas besoin de dire que, dans tout cas donné, le salut de l'individu est le seul guide que l'on doive suivre. En d'autres termes, nous devons descendre du général au particulier.

La mortalité dans les 121 cas de l'hôpital Saint-Georges fut un peu moindre que dans les 100 cas du London Hospital; mais, si l'on retire des deux tableaux les cas de hernie ombilicale, — et ils n'ont aucun poids dans la question présente, car le sac fut ouvert dans tous, — la proportion de mortalité pour les genres inguinal et crural est de 30 pour 100 dans les deux séries. Et il s'ensuit que si l'on gagna quelque avantage dans certains cas par l'ouverture du sac, il fut contre-balancé dans d'autres, car le résultat final fut le même. Chaque patient, semblerait-il, sera assuré d'avoir les meilleures chances de guérison si l'on examine soigneusement son cas, au point de vue de ses particularités personnelles, en prenant pour guides les lois qui sont énoncées dans le texte. On peut cependant concéder, sans trop s'avancer, que dans chaque cas douteux il faut certainement ouvrir le sac (H. Marsh).