

Anatomie pathologique. Les altérations des parties herniées varient suivant la durée et l'intensité de l'étranglement. Sous ce rapport, il est possible de reconnaître trois degrés ou périodes :

Premier degré. Congestion. Le premier effet de la constriction exercée sur les tissus vivants est de mettre obstacle à la circulation du sang. Les veines de l'intestin ou de l'épiploon se dilatent et sont remplies de sang; les vaisseaux capillaires s'engorgent; le sang renfermé dans ces petits vaisseaux transsude à travers leurs parois, ce qui donne à l'intestin une teinte livide. En même temps, de la sérosité légèrement colorée s'épanche dans le sac herniaire.

Deuxième degré. Inflammation. L'intestin offre une coloration d'un rouge brun moins foncé que dans la période de congestion. Les parois de l'intestin sont épaissies par l'infiltration d'une sérosité sanguinolente ou de sang noir; on trouve dans leur épaisseur de petits foyers purulents. La tunique péritonéale est soulevée par de petits caillots de sang extravasé, parfois mis à nu par la déchirure de la séreuse. Le sac renferme de la sérosité brune. A la surface de l'intestin et sur la face interne du sac se trouve une exsudation plastique qui ne tarde pas à s'organiser et établit des adhérences entre ces organes. La phlegmasie, d'abord circonscrite au sac herniaire, se propage plus tard au péritoine intra-abdominal.

Troisième degré. Gangrène. L'intestin est de couleur noirâtre; il a perdu son poli et se déchire facilement. Quelquefois il présente des plaques circonscrites de couleur verdâtre, cendrée ou ardoisée. Lorsqu'il existe déjà une perforation des parois, l'intestin est affaissé; les tuniques sont infiltrées de gaz. Le sac renferme de la sérosité et de la lymphe plastique noirâtres, sanguinolentes, exhalant parfois une odeur fétide caractéristique de gangrène. A une période plus avancée encore, la mortification peut s'étendre au sac lui-même et aux tuniques qui l'entourent; alors la peau qui recouvre la hernie rougit dans toute son étendue, et présente par places des plaques noirâtres; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de gaz.

La portion de l'intestin serrée par l'anneau ou le collet du sac est le siège des lésions les plus graves et le plus promptement établies; sous l'influence de cette constriction, la circonférence de l'intestin se rétrécit notablement et quelquefois même le calibre de l'organe s'efface au point de s'oblitérer complètement (Ritsch). Il se forme dans le même point une ulcération qui s'étend à une partie ou à la totalité de l'épaisseur des tuniques de l'intestin; la tunique péritonéale résiste en général plus longtemps que les autres. Lorsque l'intestin est divisé par ce travail d'ulcération, c'est le plus souvent au niveau du point de jonction de l'anse herniaire avec le bout supérieur.

Une fois l'intestin gangréné, les phénomènes consécutifs varient suivant le siège de la mortification: si c'est la portion d'intestin contenue dans le sac, il se forme un abcès gangréneux de ce dernier; si c'est au niveau de l'anneau aponévrotique ou du collet du sac, le bout supérieur s'écarte parfois de l'ouverture aponévrotique, et il se fait un épanchement de matières stercorales dans le péritoine.

Toutes les fois que l'intestin est étranglé dans une hernie, les circonvo-

lutions restées dans l'abdomen présentent aussi des altérations. Celles de ces circonvolutions qui se continuent avec le bout supérieur de la hernie sont dilatées par l'accumulation des gaz et des matières fécales; à une période avancée de l'étranglement, elles sont injectées, recouvertes et unies ensemble par de la lymphe plastique (péritonite). Les circonvolutions qui se continuent avec le bout inférieur de la hernie sont au contraire rétrécies, revenues sur elles-mêmes.

En cas de hernie épiploïque, les altérations produites par l'étranglement sont moins graves que dans la hernie intestinale. L'effet de la constriction est de produire la stase du sang veineux de l'épiploon, puis d'enflammer ce dernier. Mais cette inflammation est moins intense que pour l'intestin, et se propage moins facilement au péritoine intra-abdominal. La gangrène est aussi moins fréquente alors; quelquefois l'épiploon devient le siège d'un abcès.

Symptômes. Ils varient aux diverses périodes de l'étranglement. Nous supposons, dans la description qui va suivre, qu'il s'agit d'une hernie intestinale.

Premier degré. Congestion. La tumeur est tendue, dure, douloureuse, irréductible; c'est au niveau du point correspondant à l'étranglement que la dureté et la douleur sont le plus marquées. Le malade se plaint d'abord de coliques et d'une sensation de constriction à la partie supérieure de l'abdomen ou seulement vers le nombril. Bientôt il est pris d'éructions, puis de vomissements d'aliments, de mucosités, de bile et plus tard de matières fécaloïdes. A partir du moment où il a expulsé spontanément ou par lavements les matières restées dans le gros intestin, la constipation est complète. Le ventre est météorisé dans une étendue subordonnée à la portion d'intestin étranglé, comme dans l'étranglement interne (voy. p. 616). En cas de péritonite consécutive, le ballonnement du ventre devient général. Le pouls est un peu plus fréquent que dans l'état normal. La durée de cette période varie de quelques heures à plusieurs jours.

Deuxième degré. Inflammation. Sous l'influence de l'accumulation d'une certaine quantité de sérosité dans le sac, la hernie devient plus tendue et plus dure que dans la première période. Si, par exception, la hernie reste sèche, les choses se passent autrement. La douleur est plus vive, à moins que par le taxis on ne puisse repousser dans l'abdomen les gaz qui distendent l'anse herniée. La douleur est fixe dans la portion de l'abdomen qui avoisine l'ouverture herniaire. Le ballonnement du ventre est plus prononcé; il y a des nausées; les vomissements sont plus fréquents. Le pouls est accéléré et petit. La face est pâle et grippée, les forces sont brisées.

Troisième degré. Gangrène. Les douleurs vives des périodes précédentes ont cessé. Le patient est pris de hoquet; le pouls devient filiforme et intermittent. La température de la peau diminue; le tégument externe se couvre d'une sueur froide, la face est grippée, les yeux exéavés, la voix éteinte. La tumeur prend une teinte pourpre, livide et devient crépitante par les gaz qui s'y accumulent; la peau qui recouvre la hernie se couvre de phlyctènes et d'escarres. Dans quelques cas, la hernie rentre spontanément ou sous l'influence d'une légère pression, ce qui ne diminue en rien les chances

de la terminaison fatale, parce que cette réduction a pour conséquence de repousser dans l'abdomen des parties gangrénées.

Marche. Terminaisons. Lorsque la hernie étranglée est abandonnée à sa propre marche, il est extrêmement rare qu'elle rentre spontanément à une époque assez rapprochée de celle où la constriction s'est établie, pour que tous les accidents cessent. Le plus souvent l'étranglement conduit à la gangrène de l'intestin et par suite à la mort : celle-ci survient quelquefois d'une manière brusque, et est alors la suite de la prostration générale qu'amène la gangrène ; ou bien elle résulte d'une péritonite suraiguë, occasionnée par l'épanchement de matières stercorales dans l'abdomen. L'époque de la mort, à partir de celle de l'étranglement, varie de vingt-quatre heures à plusieurs jours. Dans quelques cas, l'étranglement se termine par la guérison complète ou incomplète ; cela arrive lorsque l'anse intestinale gangrénée ne rentre pas dans l'abdomen, et que des adhérences établies au pourtour de l'anneau préviennent un épanchement stercoral dans le ventre. Alors la hernie peut être considérée comme étant transformée en abcès gangréneux. Il s'opère un travail d'élimination des parties mortifiées. Dans les cas les plus heureux, le cours des matières se rétablit, et la plaie ayant succédé à l'élimination des escarres se cicatrise (guérison complète). D'autres fois il s'établit un *anus contre nature* (guérison incomplète).

L'époque de la production de la gangrène, à partir du moment de l'étranglement, varie suivant l'intensité de la constriction. Richter et Pott ont noté la gangrène au bout de huit heures, Lawrence après douze heures ; d'autres après vingt-quatre heures. Dans certains cas, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours.

Dans les hernies épiploïques, l'étranglement donne lieu à des douleurs moins vives, à des vomissements moins violents ; il n'y a pas non plus de fortes coliques et la constipation n'est pas toujours complète. Lorsqu'en conséquence de cette constriction, l'épiploon s'enflamme, l'épiploïte peut se terminer par résolution ou par suppuration ; d'autres fois par gangrène. Dans le dernier cas, la portion mortifiée peut être éliminée ou donner lieu à des phénomènes réactionnels aussi graves que la gangrène de l'intestin. L'inflammation de l'épiploon peut aussi se propager dans l'abdomen, d'où une péritonite qui se terminera par la mort. Vidal (de Cassis) a noté, dans un cas, l'infection purulente occasionnée par la phlébite des veines de l'épiploon.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'étranglement a une marche plus rapide chez l'adulte qu'aux autres âges de la vie ; plus rapide quand une hernie s'étrangle la première fois qu'elle sort, que lorsque, étant déjà de date ancienne, elle est sortie et rentrée plusieurs fois avant de s'étrangler, parce que dans le premier cas l'anneau aponévrotique est plus étroit. L'étranglement a une marche plus rapide aussi, quand la partie étranglée est une portion d'intestin ; moins rapide, quand c'est une portion d'épiploon, ou une portion d'intestin et d'épiploon à la fois. C'est surtout quand la constriction ne porte que sur une portion de la circonférence de l'intestin que les accidents sont graves. L'étranglement des hernies qui restent

sèches est plus aigu que celui des hernies dans lesquelles il se fait promptement un épanchement de sérosité dans le sac.

Diagnostic. Notons d'abord ce fait, que certains malades, atteints de hernie étranglée, ne parlent pas de la hernie ou en ignorent même la présence, ce qui peut induire le chirurgien en erreur. Il est donc de règle, toutes les fois qu'un sujet accuse des troubles digestifs se rapprochant de ceux qui appartiennent à l'étranglement, de visiter les régions du corps où se font habituellement les hernies.

Lorsqu'une hernie est habituellement contenue, qu'étant sortie accidentellement, elle provoque les symptômes généraux que nous avons indiqués, qu'on ne peut la réduire par le taxis, le diagnostic de l'étranglement n'est pas difficile. Si, au contraire, une hernie est habituellement irréductible, il peut survenir des états pathologiques étrangers à la hernie qui font faire croire à l'existence de l'étranglement de cette dernière. Supposez la coïncidence d'un étranglement *interne* et d'une hernie irréductible ; une péritonite survenant par une cause étrangère à la hernie et une hernie irréductible ; des accidents d'embarras gastrique, de vomissements nerveux, d'entérite ou de colite et une hernie irréductible ; dans tous ces cas, l'embarras sera grand. Une hernie véritablement étranglée peut être assez petite pour échapper à l'œil du chirurgien, qui croira à un étranglement interne. Il en est de même si la hernie, véritablement étranglée, a son siège dans une des régions où elle ne forme pas de saillie appréciable à travers les téguments (hernie sous-pubienne). L'inflammation aiguë d'un sac herniaire vide simule aussi l'étranglement.

Il est surtout difficile de distinguer, dans bon nombre de cas, l'étranglement *vrai* de l'*inflammation* de la hernie que l'on a aussi appelée étranglement *faux*. Le tableau suivant montre les caractères différentiels de ces deux états pathologiques :

HERNIE ÉTRANGLÉE.	HERNIE ENFLAMMÉE.
Hernies récentes.	Hernies anciennes.
Hernies habituellement contenues.	Hernies mal contenues ou irréductibles.
Hernies intestinales surtout.	Hernies épiploïques plus souvent.
Tumeur petite.	Tumeur grosse.
Tumeur uniforme, arrondie, dure.	Tumeur souple, inégale.
Anneau aponévrotique le plus souvent étroit.	Anneau aponévrotique souvent large.
Douleur abdominale vive.	Douleur abdominale faible.
Constipation très-fréquente.	Constipation rare.
Vomissements de matières fécales fréquents.	Vomissements de matières fécales rares.
Tumeur augmente de volume.	Tumeur reste stationnaire ou décroît.
Terminaison fréquente par gangrène.	Terminaison fréquente par résolution.

On a aussi cherché à établir le diagnostic différentiel de l'étranglement par l'anneau aponévrotique et de l'étranglement par le collet du sac. D'après Scarpa, l'étranglement par le collet appartient en propre aux hernies anciennes, à celles qui ont acquis un volume considérable en peu de temps ;