

vent la distendre assez pour qu'elle comprime une anse voisine; le mésentère surchargé de graisse peut agir par le même mécanisme.

Eichhorst (1) rapporte l'observation d'un homme de trente-cinq ans, qui fut atteint brusquement de douleur dans la région ombilicale; la constipation était opiniâtre. Il n'y avait pas d'évacuations de gaz et des vomissements bilieux se répétaient fréquemment.

La mort survint au commencement de la deuxième semaine de la maladie.

A l'autopsie on reconnut que le pancréas était le siège d'infarctus hémorragiques dans toute son étendue. Il était de la grosseur d'un bras d'homme et enclavé pour ainsi dire entre la rate et la portion descendante du duodénum. Ce dernier était comprimé et obstrué et sa partie horizontale supérieure dilatée en forme d'ampoule.

En général, et l'étiologie le fait bien comprendre, les obstructions qui relèvent de ces compressions ont le plus ordinairement une marche lente et progressive en rapport avec le développement de la tumeur.

Quand les accidents affectent dès le début une marche rapide, il faut penser au brusque déplacement d'un organe mobile.

C. Obstructions. — Tout ce qui se trouve dans l'intestin peut arriver à obstruer le canal.

1° **Obstruction par les matières fécales.** — D'après Thibierge, l'obstruction stercorale est celle qui résulte de la transformation du contenu normal de l'intestin en des sortes de boulettes dures, concrétées, qui remplissent exactement le calibre de l'intestin. Cette définition élimine ainsi, en les assimilant aux corps étrangers venus de l'extérieur, les résidus d'une digestion incomplète dont les propriétés physiques favorisent l'agglomération jusqu'à constituer un bouchon de plus en plus gros.

Les malades de cette catégorie sont habituellement des constipés : ils présentent de temps en temps des phénomènes d'obstruction partielle qui, sous une influence quelconque, peut devenir complète et durable.

Au début donc, accumulation de matières, constipation de cause mécanique, ou sous la dépendance d'affections du système nerveux central, avec paresse, paralysie de l'intestin; durcissement des matières dû à l'absorption intestinale, que ne contrebalancent pas ses sécrétions; résistance même des matières accumulées aux mouvements péristaltiques des portions de l'intestin situées au-dessus d'elles; rétraction par non-fonctionnement de l'intestin au-dessous de l'obstacle (Courtois-Suffit); enfin spasme (2), qui accentue et complète parfois l'obstruction; telles sont les principales circonstances dans lesquelles les matières fécales amènent des accidents d'occlusion.

(1) EICHHORST, Mal. de l'intestin, p. 262.

(2) MASSON, 1857. — BARRÉ, Gaz. hebdomadaire, 1877.

C'est dans l'ampoule rectale, où normalement séjournent les matières, que siège ordinairement la masse stercorale : cependant elle se rencontre quelquefois en d'autres points de l'intestin, au niveau du cæcum ou de l'S iliaque, par exemple.

« Les changements de direction de l'intestin favorisent l'arrêt des matières en ces portions : au niveau du cæcum, elles sont obligées de lutter contre l'action de la pesanteur; au niveau de l'S iliaque elles doivent traverser un conduit quelque peu sinueux. » (Thibierge.)

La rétention des matières, limitée d'abord à l'ampoule rectale, peut envahir l'S iliaque et même le côlon descendant, qu'on a vu acquérir dans un cas, chez une vieille femme, le volume d'un gros intestin de cheval.

L'S iliaque peut prendre un développement tel qu'elle recouvre la totalité de l'intestin grêle et atteint la région épigastrique d'une part, et d'autre part la fosse iliaque et la région lombaire droite. Cruveilhier cite un fait dans lequel l'S iliaque avait perdu sa disposition sinueuse : ses courbures étaient effacées; elle se prolongeait en haut jusqu'au diaphragme, sans qu'il fût possible d'établir une démarcation entre le rectum, l'S iliaque et le côlon ascendant.

La perforation de l'intestin est rare. « Elle peut résulter chez le nouveau-né de la stase du méconium; comme chez l'adulte c'est l'S iliaque qui subit la gangrène. Cette gangrène existe au moment de la naissance, mais la rupture ne s'effectue que quelques jours après. Paltauf a démontré, d'après cinq autopsies, que la tunique musculuse cédait en premier lieu, que la muqueuse résistait plus longtemps et faisait hernie à travers la fente musculaire avant de permettre l'irruption des matières dans le péritoine (Galliard). »

2° **Obstruction par les calculs biliaires.** — Cette variété d'occlusion est beaucoup plus fréquente chez la femme; elle s'observe parfois comme premier phénomène d'une lithiase biliaire jusque-là méconnue.

L'âge a une certaine importance : les cas les plus fréquents sont notés entre cinquante et soixante ans (Naunyn).

Galliard rapporte quelques chiffres qui donnent bien idée du volume que quelques-uns de ces calculs peuvent atteindre : « Le plus volumineux est celui de Gros et de Bourdon, dont la longueur était de 7 cent. 5 et qui pesait 62 grammes. De telles dimensions sont exceptionnelles. »

« Dès qu'ils mesurent 3 centimètres de largeur ils ont de grandes chances, d'après Naunyn, de provoquer l'occlusion intestinale. »

Pourtant, par l'anus peuvent être rejetés des calculs beaucoup plus volumineux (4 centimètres de large sur 10 de long, Blackburne-Ord). Dès qu'ils dépassent le volume d'une grosse noisette ils ne peuvent plus traverser les canaux biliaires : il leur faut se créer une autre voie; la formation de fistules est indispensable.

Les fistules cholécysto-duodénales sont les plus fréquentes. Le calcul pénètre alors dans l'intestin grêle, et s'achemine vers la valvule de Bauhin avant laquelle il peut déjà être arrêté. Quand il l'atteint, par un contact prolongé il peut amener son sphacèle, forçant ainsi l'obstacle (Galliard). Les fistules cholécysto-coliques sont plus rares : elles ouvrent d'emblée aux cholélithes la cavité du gros intestin.

Dans tous les cas, qu'ils soient arrêtés dans le rectum, dans l'S iliaque ou dans l'intestin grêle, on ne saurait toujours incriminer leur volume seul, leur accumulation ou leur accroissement dans l'intestin ; souvent une autre cause favorise leur arrêt agissant mécaniquement à la façon de la valvule iléo-cæcale. C'est une bride, un rétrécissement, une coudure, une torsion, ou un spasme réflexe de l'intestin, etc.

3° **Obstruction par les corps étrangers.** — Il est rare que l'occlusion soit due à des corps introduits par l'anus.

Le plus souvent les accidents sont dus aux tumeurs stercorales ou aux entérolithes formés autour de corps étrangers qui ont suivi les voies naturelles et je renvoie à la page 357 de ce volume, où je traite de ces corps étrangers des voies digestives.

D. Rétrécissement. — Le calibre de l'intestin peut être rétréci 1° par un rétrécissement cicatriciel ; 2° par un néoplasme.

1° **Rétrécissements cicatriciels.** — Les rétrécissements cicatriciels succèdent toujours à une ulcération de l'intestin. Les cicatrices fibreuses sténosantes reconnaissent un grand nombre de facteurs : d'après leur siège on peut parfois soupçonner leur nature. Dans le gros intestin, ordinairement, il s'agit d'ulcérations dysentériques ; parfois, dans le rectum, une plaie produite par un corps étranger peut, en se cicatrisant, rétrécir le calibre du canal, amener son oblitération. L. Galliard rapporte un grand nombre de causes d'ulcérations rectales ayant déterminé l'occlusion : plaie par corps étrangers, par excision d'hémorroïdes internes, chancre simple ou phagédénique (Després), chancre syphilitique (Gosselin), rectite blennorragique (Hahn-Körte, L. Jullien), syphilides tertiaires ulcéreuses (Duplan). Mais je n'ai pas à parler ici des rétrécissements du rectum.

Dans l'intestin grêle, vers la terminaison de l'iléon, au voisinage du cæcum, ce qu'on observe le plus souvent ce sont les ulcérations tuberculeuses et typhiques.

Plus haut, dans le duodénum, la cicatrisation d'un ulcère simple de cet organe peut être en cause.

Il faudrait énumérer, pour être complet, toutes les causes d'ulcérations intestinales. Signalons encore la cicatrisation des fistules cholécysto-duodénales, ou coliques, etc., les sténoses consécutives aux opérations sur l'intestin, aux sutures, aux résections, aux entéro-anastomoses, etc.

Une autre classe de rétrécissements ne relève pas du même méca-

nisme : il n'est plus ici question de la réparation cicatricielle d'une ulcération de la muqueuse.

C'est ainsi que la tuberculose peut évoluer sans lésion de la muqueuse. Cette sclérose sous-muqueuse forme des brides fibreuses dans lesquelles on a pu constater l'existence de follicules tuberculeux : Darier (1) a montré l'analogie d'évolution entre cette forme et le lupus de la face, la tuberculose fibreuse des poumons : Sachs l'appelle « le lupus de l'intestin ».

Même sclérose sous-muqueuse s'observe peut-être dans la syphilis.

Gérard Marchant a montré une belle aquarelle représentant un rétrécissement syphilitique du colon descendant et de l'S iliaque sur 42 centimètres d'étendue (2).

2° **Rétrécissements néoplasiques.** — C'est un polype, par exception. C'est en général un cancer qui est en cause. Le néoplasme a des sièges d'élection qui sont, par ordre de fréquence, le rectum et l'S iliaque, l'angle gauche du colon et l'angle droit, puis le cæcum. 96 fois sur 100 le cancer siège sur le gros intestin et 80 fois sur 100 c'est le rectum qui est atteint, d'après Leichtenstern. Le néoplasme progressant graduellement, c'est à des occlusions à marche lente qu'il donne lieu le plus habituellement.

Il resterait à parler des *rétrécissements congénitaux*, qui sont très rares et forment une classe à part. Ils sont le résultat d'un défaut de développement, d'un arrêt dans l'évolution de l'intestin inférieur quand ils siègent dans le rectum. Si au contraire c'est l'intestin grêle qui en est atteint, c'est par suite d'une atrophie siégeant au point d'insertion de l'abouchement du conduit de la vésicule ombilicale. Castex a étudié les brides rectales, les diaphragmes congénitaux qu'on observe parfois dans le gros intestin.

Symptômes. — Il existe deux types cliniques d'occlusion intestinale, l'*occlusion aiguë*, qui survient sans prodromes, éclate brusquement, évolue vite, et nécessite une intervention rapide, et l'*occlusion chronique*, qui s'installe lentement, progressivement, après une période plus ou moins longue de troubles digestifs insignifiants : diarrhée, constipation, coliques, etc.

1° **Occlusion aiguë.** — Quelques troubles digestifs peuvent précéder l'apparition des accidents : mais le début est souvent brusque : une douleur extrêmement vive, d'abord localisée en un point de l'abdomen, peut être le premier phénomène et survenir chez un individu en pleine santé.

La douleur, une constipation opiniâtre, des nausées, des vomissements d'abord alimentaires et bilieux, bientôt fécaloïdes, un hoquet souvent persistant, des coliques sourdes ou vives sont les principaux signes fonctionnels.

(1) DARIER, *Soc. anat.*, 1890.

(2) GÉRARD MARCHANT, *Soc. de chir.*, 16 fév. 1898.

Le ventre, qui, au début, peut être rétracté, se ballonne, se météorise; la langue se charge; le visage s'altère, prend une teinte terreuse, livide, un type abdominal très net, les traits sont tirés; les yeux s'excellent, s'entourent d'un cercle noir, le nez s'effile, la voix est basse, presque complètement éteinte, la respiration rapide, le pouls petit, fréquent, très faible; la température tombe au-dessous de la normale; les urines sont rares ou font défaut; les extrémités se refroidissent; le corps se couvre de sueurs froides et visqueuses; le malade enfin agité, très angoissé, ou dans un état de prostration extrême, meurt dans le collapsus, ou par syncope, ou par asphyxie, quand le météorisme abdominal s'exagère assez pour gêner le fonctionnement du diaphragme ou quand l'infection d'origine péritonéale se généralise. L'intelligence reste intacte jusqu'au bout.

Un mot sur chacun des principaux symptômes.

1° *Douleur*. — La douleur est un signe constant: elle existe dès le début: on l'a comparée à une brûlure, à un pincement, à un déchirement (L. Galliard)(1). Son intensité est parfois telle que le poids des couvertures, une exploration pratiquée avec la plus grande douceur, le moindre frôlement, deviennent insupportables. Tout l'exaspère. Ce sont les coliques de misère.

Au début elle peut être localisée en un point précis de l'abdomen, ce qui peut être de la plus grande importance dans la recherche du siège des lésions. C'est à ce niveau qu'elle conserve habituellement son maximum d'acuité. Ses localisations les plus fréquentes sont la région de l'ombilic, l'épigastre, l'hypogastre, les fosses iliaques.

Elle se généralise rapidement, irradie dans tous les sens.

On tiendra compte, comme toujours en pareille matière, du degré d'excitabilité du malade, des variations individuelles.

Elle est due au pincement de l'intestin (incarcération), à la distension de la paroi intestinale, et elle se présente par crises, avec des exacerbations périodiques qui résultent des mouvements péristaltiques de l'intestin luttant contre l'obstacle. On voit à chaque crise les anses se dessiner sous la paroi abdominale distendue en même temps qu'on perçoit un bruit de glou-glou ou de gargouillement.

Quand elle diminue ou disparaît complètement, en même temps que persistent tous les autres symptômes, il faut craindre la gangrène et la perforation: c'est un calme trompeur. L'organisme affaibli ne fait plus les frais de la réaction: le collapsus est proche, la persistance du hoquet et de l'algidité, même en l'absence des vomissements, suffit pour conserver au pronostic une signification fâcheuse.

2° *Constipation*. — La constipation est souvent le premier symptôme de l'occlusion intestinale. C'est un signe de grande valeur.

(1) *Traité de médecine et de thérapeutique* publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, t. IV, p. 660.

La suppression des matières et des gaz rendus par l'anus est complète et dure autant que l'occlusion. Malgré toute la netteté avec laquelle ce symptôme semble devoir se révéler, il faut quelquefois, pour le mettre en évidence, une recherche attentive: on doit se mettre en garde contre une cause d'erreur assez fréquente, l'évacuation dans les premières heures qui suivent l'occlusion des matières contenues dans le bout inférieur de l'intestin.

On se rappellera enfin qu'il existe des cas d'obstruction où l'on observe de la diarrhée soit qu'on ait affaire à un pincement latéral de l'intestin comme le fait a été souvent constaté et bien décrit dans les hernies étranglées (Défaut, Loviot, Beaumais, Berger), soit qu'il s'agisse de ces transsudations séro-muqueuses dont l'irritation du segment inférieur de l'intestin peut être la cause (Leichtenstern, Le Dentu).

C'est néanmoins un signe capital qui, à lui seul, suffit parfois pour entraîner le diagnostic, qui penchait pour une appendicite, par exemple.

3° *Vomissements*. — Les nausées et les vomissements sont précoces.

Les matières vomies sont d'abord alimentaires, puis muqueuses, puis bilieuses, et enfin fécaloïdes. Les vomissements fécaloïdes n'ont pas une valeur diagnostique aussi grande que la suppression complète des garde-robes. Ils sont faciles à reconnaître à leur couleur jaune brunâtre, à leur odeur infecte, stercorale, mais il s'en faut qu'ils soient l'apanage exclusif de l'occlusion. On les rencontre couramment dans les infections péritonéales; et d'ailleurs, quoi d'étonnant à cela, puisque l'occlusion paralytique est un des signes de l'infection péritonéale. Il n'y a rien de régulier dans la façon dont les vomissements se produisent: il faut tenir compte d'un grand nombre de facteurs, du siège de l'obstacle, les vomissements étant d'autant plus fréquents et plus précoces que l'étranglement siège plus près du duodénum; de l'état du péritoine, leur caractère porracé indiquant bien la participation de la séreuse au processus inflammatoire, enfin des prédispositions individuelles — des malades vomissent peu, d'autres, au contraire, vomissent d'une façon continue, presque automatiquement, par régurgitations. Les femmes auraient de ces vomissements incoercibles plus souvent que les hommes, d'après L. Galliard(?).

Ce que nous avons dit de la suppression de la douleur aux dernières périodes de la vie, quand l'organisme épuisé a cessé de réagir, s'applique également aux vomissements.

4° *Météorisme*. — Au début, le ventre peut être rétracté; plus tard il se ballonne, et peut atteindre même un tel développement qu'il refoule le diaphragme, provoque la dyspnée et entraîne parfois la mort par asphyxie.

Le météorisme est dû moins à l'arrêt des gaz intestinaux qu'à

l'atonie des parois qu'épuisent des contractions incessantes (Hallepeau). Quand les anses intestinales sont très distendues, on peut les voir se dessiner sous la paroi. Partout le ventre tendu, ballonné d'une façon uniforme donne une même sensation d'empâtement élastique. La palpation est partout douloureuse. La percussion donne un son tympanique ou hydro-aérique.

Nous verrons cependant que dans certaines conditions le météorisme, quand il est limité à certaines régions, au moins au début des accidents, peut renseigner très utilement sur le siège des lésions. Il se produit en effet en amont de l'obstacle intestinal, et, quand cet obstacle siège près du duodénum, tout l'intestin grêle et tout le gros intestin se rétractent et il en résulte un affaissement complet du ventre.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Nous n'ajouterons à ce qui a déjà été dit que quelques détails complémentaires.

La température tombe souvent au-dessous de la normale, s'abaisse jusqu'à 36°,5, 35°,5, même au-dessous.

L'hypothermie est un signe de premier ordre, mais nous savons qu'on l'observe aussi dans beaucoup d'infections colibacillaires du péritoine.

Les urines sont souvent diminuées. Quand l'obstacle siège auprès du pylore ce phénomène est surtout accentué.

Cette anurie a reçu plusieurs explications. Pour Barlow elle est due simplement à la diminution de la surface d'absorption de l'intestin. La véritable cause serait pour Habersohn le rejet des liquides par les vomissements, tandis que, pour Duchaussoy, c'est à la compression ou à l'inflammation des reins et de la vessie qu'il faut l'attribuer.

Leichtenstern, Gay et Trèves pensent enfin que l'anurie serait due à un désordre réflexe témoignant simplement de la dépression nerveuse.

La quantité des urines peut au contraire être normale, même augmentée; elles peuvent contenir de l'albumine, du sucre (Vincent), de l'indican (Jaffé). L'anurie est quelquefois totale.

Enfin on a signalé (Lépine, Mollière) des érythèmes qui sont dus à la résorption des produits toxiques d'origine stercorale (Bouchard).

ÉVOLUTION. — La cause de l'étranglement, de l'obstruction est susceptible de disparaître spontanément, quand il s'agit de corps étrangers, de calculs, de matières fécales durcies, de cylindres invaginés qui s'éliminent par sphacèle, etc.

Ces cas, très rares, ne sont pas annoncés par l'accalmie soudaine, la cessation des douleurs, des vomissements, le calme apparent qui précède la période agonique. L'évacuation par l'anus des matières et des gaz, malgré la persistance des vomissements (qui peuvent encore se produire pendant quelque temps), indique que l'obstruction est levée.

Presque toujours la marche est rapide et la durée moyenne de l'affection ne dépasse guère six à huit jours. Les cas suraigus où la mort survient en vingt-quatre heures (Grisolle) et ceux qui se prolongent plusieurs semaines (Williamson) sont des exceptions.

Sans parler des récidives qui se produisent parfois, il faut se rappeler que, même après que l'obstacle a été levé, on peut voir persister tous les accidents.

C'est qu'alors l'organisme est imprégné des toxines microbiennes, et saturé des poisons stercoraux.

Le péritoine s'infecte absolument comme le sac d'une hernie étranglée : et l'infection se fait au travers des parois des anses intestinales en amont de l'obstacle.

D'autres complications sont à craindre : les congestions pulmonaires, les pneumonies, les broncho-pneumonies, dues à l'infection colibacillaire, l'introduction dans les bronches des liquides des vomissements, l'inflammation putride du tissu rétro-péritonéal, la septicémie, la phlébite avec embolie pulmonaire, les abcès emboliques du foie, l'ictère par compression du foie ou des voies biliaires : tels sont les principaux accidents observés.

2° Occlusion chronique. — Ce qui caractérise la forme chronique de l'occlusion intestinale, c'est son début généralement insidieux, sa lenteur d'évolution, l'absence ou le peu d'intensité des phénomènes généraux. Toute la symptomatologie témoigne pendant longtemps d'une obstruction incomplète qui quelquefois cède au traitement — au moins pour quelque temps, — mais qui progressivement ou tout d'un coup peut aboutir à l'occlusion définitive.

Tous les types cliniques intermédiaires à ces deux formes, si différentes d'allures, l'occlusion aiguë et l'obstruction lente, chronique, peuvent d'ailleurs se rencontrer. C'est un fait qu'il était facile de prévoir si l'on tient compte de l'extrême variété du mécanisme des lésions et de leurs causes si nombreuses.

Le mode de début est un peu différent suivant les cas. Chronique d'emblée et se complétant d'une manière progressive, l'obstruction peut au contraire s'annoncer par des accidents d'une extrême gravité qui ont tout l'air de devoir appartenir à la forme aiguë. Plus tard ils perdent de leur intensité et on assiste à l'évolution lente de l'obstruction chronique.

Pendant une assez longue période, qui peut durer plusieurs mois, ce qui domine c'est la symptomatologie d'un obstacle intestinal d'abord incomplet, prenant progressivement une plus grande importance.

Constipation opiniâtre durant six jours, huit jours, quelquefois davantage, suivies de débâcles, de diarrhées abondantes, troubles digestifs de toutes sortes : inappétence, lenteur des digestions, nausées, vomissements, coliques, etc., parfois malaise général, céphalée,

vertiges, insomnie, phénomènes généraux sous la dépendance de la constipation, de la résorption partielle des matières fécales, mais qui n'atteignent jamais ni l'importance, ni l'acuité de ceux qu'on observe dans l'occlusion aiguë, tels sont les principaux symptômes de l'occlusion chronique.

Il s'agit ici presque toujours d'une obstruction par matières fécales, ou par corps étrangers, calculs biliaires, entérolithes, vers intestinaux, ou d'invagination chronique, de larges compressions par organes abdominaux déplacés ou hypertrophiés, par tumeurs, ou de flexions, d'adhérences, de brides consécutives à une inflammation péritonéale ancienne, ou de rétrécissements cancéreux ou simplement inflammatoires.

Cette notion étiologique suffit à rendre compte de la marche variable d'un instant à l'autre des accidents. Il est facile de comprendre comment l'accumulation, l'entassement progressif des matières fécales, des calculs biliaires, l'accroissement d'une tumeur, l'établissement de nouvelles adhérences, accentuant de plus en plus une flexion angulaire de l'intestin, etc., peuvent donner lieu à une obstruction de plus en plus complète et définitive.

On comprend également comment, « sous l'influence d'un spasme, de l'arrivée d'un corps étranger venant compléter mécaniquement un rétrécissement cancéreux », l'arrêt brusque des matières et des gaz peut survenir dans n'importe quel segment intestinal déjà en partie sténosé.

C'est vers l'arrêt complet des matières qu'évolue donc l'obstruction : elle réalise alors anatomiquement toutes les conditions de l'occlusion aiguë avec laquelle elle se confond.

Les principaux signes de l'occlusion aiguë se retrouvent d'ailleurs ici, seulement plus atténués ; on retrouve la douleur, moins vive, le ballonnement du ventre, le météorisme : tous ces signes cèdent à la suite des débâcles : leur étude minutieuse peut donner, comme précédemment des signes de présomption sur le siège des lésions.

La durée de l'affection est sous la dépendance de trop nombreux facteurs pour qu'on puisse la déterminer. Quand la cause disparaît, la guérison, même définitive, peut s'observer (élimination d'un corps étranger, d'un calcul, etc.). La mort relève des mêmes causes que dans l'occlusion aiguë.

Diagnostic. — Devant un malade qui présente l'ensemble fonctionnel de l'occlusion intestinale l'idée d'un étranglement herniaire est la première qui doit se présenter à l'esprit. L'existence d'une hernie est ordinairement facile à constater au niveau des canaux inguinaux et cruraux, de l'ombilic et de la ligne blanche ; bien plus délicate est sa recherche dans certaines régions, diaphragme, lombes, région obturatrice, périnée, etc., où elle se produit d'ailleurs plus rarement.

Quand le diagnostic de hernie est positif, il faut encore éviter deux erreurs que signale Gosselin : « croire à un étranglement qui n'existe pas ou méconnaître un étranglement qui existe ».

La hernie peut être petite : elle peut être masquée par une autre tumeur, elle peut être indolore, sauf cependant au niveau de son pédicule, elle peut être réductible, ou paraître réductible, l'orifice herniaire peut être large, voilà en somme ce qui peut faire méconnaître un étranglement réel et faire chercher ailleurs dans l'abdomen la cause des accidents.

Cette cause d'erreur est la plus facile à éviter.

Bien plus difficile est de ne pas conclure à l'étranglement d'une hernie tendue, douloureuse, irréductible, quand, à ces phénomènes locaux, s'ajoutent tous les autres symptômes de l'obstruction intestinale : vomissements fécaloïdes, arrêt des matières et des gaz, ballonnement du ventre, etc.

L'étranglement interne et les accidents qui l'accompagnent peuvent être d'ailleurs la cause des modifications constatées au niveau de la hernie.

Berger en a rapporté de nombreux exemples.

« L'arrêt d'un peloton de vers intestinaux vers la valvule iléo-cæcale occasionne l'irréductibilité d'une hernie avec tous les phénomènes de l'étranglement. » (Streubell.)

« Chez une femme atteinte de hernie inguinale présentant tous les caractères de l'étranglement, Allingham constate que la torsion de l'épiploon adhérent au sac herniaire s'est communiquée au côlon transverse, qui se trouve ainsi atteint de volvulus dans l'abdomen. »

Dans tous ces cas c'est l'intervention chirurgicale qui lèvera les doutes : on ne peut attendre de la clinique que des renseignements peu précis, des signes de présomption : il peut se faire, en effet, que les accidents aient débuté par l'abdomen, qu'ils y soient très intenses, que les phénomènes herniaires passent au second plan, ou qu'ils se soient manifestés secondairement.

Il est bien entendu que si les phénomènes d'occlusion ont succédé à la réduction forcée d'une hernie étranglée, on songera à une réduction en masse du sac. J'ai récemment, à Villiers-le-Bel, opéré un vieillard de quatre-vingts ans dans ces conditions-là. Le malade avait fait de violents efforts pour réduire une vieille hernie inguinale gauche « engouée ». Les phénomènes d'occlusion avaient persisté après la réduction. Je pus, avec le D^r Branthomme faire une laparotomie sans anesthésie (le malade était mourant) et je trouvai le sac contenant une anse étranglée. La guérison se fit sans encombre, malgré l'âge et l'état précaire du malade.

La brusquerie du début, l'hypothermie, le collapsus, les vomissements peuvent faire penser au choléra, surtout pendant une épidémie, à un empoisonnement (tartre stibié, arsenic). — Les coliques hépa-