

décider si l'intestin est doué encore de sa vitalité ou s'il est gangréné par places.

On a bien invoqué encore le défaut de sensibilité des points mortifiés, l'absence d'écoulement sanguin lorsqu'on y pratique une incision très-superficielle; mais le premier de ces signes est d'une constatation douteuse, et il serait imprudent d'avoir recours au second.

Enfin l'eschare peut être en voie de ramollissement et d'élimination, et l'intestin présente alors une large perforation à laquelle adhèrent encore les débris de tissus mortifiés, perforation qui fait communiquer sa cavité avec celle du sac herniaire.

B. Contenu de l'intestin. — Celui-ci a surtout été étudié dans les expériences faites pour reproduire artificiellement sur des animaux les phénomènes de l'étranglement. On ne peut rigoureusement conclure de ces faits, où l'intestin était en général serré par une ligature très-étroite, à ce qui se passe dans les étranglements ordinaires. Pourtant l'anse étranglée est rarement sonore, et ce dernier phénomène ne s'observe que dans des hernies assez volumineuses : il est donc probable que l'intestin étranglé ne renferme que peu de gaz. On ne trouve qu'exceptionnellement des matières intestinales dures ou de vraies matières fécales dans la cavité de l'anse herniée. Celle-ci est le plus souvent distendue par un liquide épais, muqueux et possédant une odeur intestinale très-prononcée. Ce liquide est mélangé de matières intestinales, il a toujours un aspect trouble, tirant au gris ou au jaune brun, mais plus souvent coloré en rouge pâle par l'extravasation sanguine qui s'est opérée dans l'anse. Cette exhalation de sang est parfois assez notable pour que le liquide se trouve mélangé à des caillots.

C. État du mésentère contenu dans la hernie. — Les lésions du mésentère n'ont pas suffisamment attiré l'attention des pathologistes. Pourtant dans certaines observations on a formellement noté qu'il participait aux lésions de l'intestin. On l'a trouvé énormément épaissi, infiltré de produits plastiques qui dédoublaient ses deux feuillets, congestionné et le siège d'une suffusion sanguine; ses vaisseaux étaient thrombosés, et même infiltrés de pus. Dans les expériences on a retrouvé les mêmes lésions et l'on a même observé que les exsudats, les fausses membranes et les adhérences qui recouvrent parfois

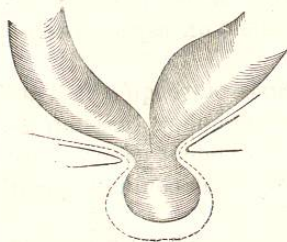


FIG. 47. — Etranglement latéral de l'intestin.

l'anse étranglée, se produisent de préférence au niveau de ses insertions mésentériques et sur le mésentère lui-même. Dans un cas rapporté par Piedvache, il est expressément noté que le mésentère épaissi avait été pris pour de l'épiploon, et qu'il devait apporter un obstacle invincible à la réduction malgré la largeur de l'anneau.

L'étranglement d'une anse intestinale incomplète et sans épiploon a

reçu le nom de *pincement latéral* de l'intestin : décrite par Richter, puis par Louis, qui en signalèrent la gravité exceptionnelle, cette variété fut niée à tort par Malgaigne. J'ai pu constater au moins une fois l'existence de cette variété d'étranglement, qui est prouvée par des faits bien observés et publiés par Delaharpe (de Lausanne) (1), de Saint-Germain (2), de Roubaix (3), Le Dentu (4) et beaucoup d'autres auteurs. Les lésions qu'on observe dans l'étranglement d'une anse incomplète sont les mêmes que celles qui ont été décrites plus haut. Tous les auteurs qui ont observé des faits semblables ont noté la grande rapidité avec laquelle y surviennent la gangrène et la perforation de l'intestin.

Lorsque la hernie renferme de l'épiploon en même temps qu'une anse d'intestin, les lésions intestinales semblent au contraire évoluer plus lentement, la constriction paraît être moins serrée. Quant aux lésions de l'épiploon qui est compris avec l'intestin dans l'étranglement, elles sont rarement graves; l'épaississement, l'induration qu'on y remarque le plus souvent, doivent être rapportés à une inflammation chronique. Il en serait de même du sillon que l'épiploon présente au niveau du collet du sac. Un certain degré d'œdème, une congestion veineuse plus ou moins intense, la thrombose des vaisseaux qui parcourent l'épiploon, telles sont les altérations admises par tous les observateurs : il est probable qu'il s'y joint néanmoins un gonflement en masse, résultat du travail inflammatoire qui envahit la hernie, et de ces adhérences glutineuses d'abord, puis plus consistantes, qui confondent entre eux les replis de l'épiploon et qui l'unissent au sac, ou plus rarement à l'intestin, d'une façon parfois définitive. Quant à la suppuration ou à la gangrène de l'épiploon on ne les voit se produire que rarement, et seulement après que le sac a été ouvert et son contenu laissé en quelque sorte à ciel ouvert.

4° Lésions du côté de la cavité abdominale. — Celles-ci diffèrent suivant que l'intestin a été réduit ou qu'il ne l'a point été.

A. Quand l'intestin n'a point été réduit, au point où il s'engage dans la paroi abdominale, il peut exister une perforation portant principalement sur le bout supérieur, qui est alors flasque, revenu sur lui-même; un épanchement de gaz et de matières intestinales s'est fait jour autour de la perforation dans la cavité abdominale où, dans quelques cas, il est resté circonscrit par des adhérences récentes. A l'ouverture de la cavité péritonéale on trouve alors les lésions caractéristiques de la péritonite circonscrite ou généralisée, en même temps que des gaz et des matières stercorales épanchées. Enfin, dans certains cas, le bout supé-

(1) *Gaz. hebdom.*, t. III, p. 398.

(2) *Bull. de la Soc. anatomique*, 1860, p. 262.

(3) *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1867, t. I, 3^e série, p. 180, obs. IV.

(4) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. HERNIES, p. 590.

rieur paraît complètement détaché du pédicule de la hernie, comme s'il eût subi une section.

Lorsqu'il n'y a pas d'épanchement de matières intestinales dans l'abdomen, des adhérences, qui atteignent rapidement une fort grande épaisseur, unissent les deux bouts de l'intestin au moment où ils s'engagent dans l'anneau herniaire, avec la circonférence de celui-ci. Ces adhérences, qui semblent avoir pour objet de préserver la cavité péritonéale contre l'épanchement stercoral, conséquence de la perforation intestinale qui va se produire, s'étendent parfois aux anses voisines qui s'agglutinent à la paroi abdominale, et il n'est même pas très-rare de voir un pseudo-phlegmon, suivi d'un véritable abcès, se produire au voisinage de l'orifice herniaire, dans l'espace fermé de toutes parts par les adhérences qui unissent la paroi abdominale et les anses intestinales. Cet abcès s'ouvre parfois en dehors, le plus souvent au travers de l'orifice herniaire; quelquefois l'inflammation gagne à la périphérie et se propage à tout le péritoine. La péritonite, d'abord adhésive et circonscrite, se généralise et devient exsudative et purulente.

Quant aux bouts de l'intestin, lorsque la perforation ne s'est pas effectuée ils diffèrent d'aspect, le supérieur étant distendu à l'extrême par les matières et les gaz, l'inférieur se trouvant comme rétracté et revenu sur lui-même, ainsi que toute la portion d'intestin qui lui fait suite.

B. Quand l'intestin a été réduit l'autopsie montre le plus souvent les traces de la péritonite qui a entraîné la mort. L'anse étranglée elle-même se reconnaît à sa coloration ainsi qu'au sillon permanent qu'elle présente à ses extrémités, et que l'on voit persister quelquefois pendant un temps fort long. Fréquemment elle est fixée à la paroi abdominale, dans le voisinage de l'orifice herniaire par des adhérences récentes. Quant à l'épiploon, plus fréquemment encore il est contenu dans le sac herniaire auquel il est devenu adhérent, et on le voit s'engager, sous l'apparence d'un cordon plus ou moins volumineux, dans l'orifice interne du trajet de la hernie.

L'anse intestinale peut néanmoins s'être retirée dans la cavité de l'abdomen à une certaine distance; elle peut y avoir contracté des rapports anormaux qui expliquent la persistance de l'étranglement malgré la réduction. Nous reviendrons sur ces faits en parlant des réductions incomplètes et des fausses réductions. Dans un cas, on a vu l'anse intestinale réduite venir tomber dans un sac herniaire situé du côté opposé à celui où elle s'était d'abord étranglée, et y déterminer une péritonite herniaire susceptible de se généraliser (1).

De même un intestin réduit dans l'abdomen enflammé peut, en se plaçant au milieu des autres anses intestinales, devenir le point de départ d'une péritonite qui parfois reste circonscrite et borne son action à la

(1) P. Berger, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1876, nouv. série, t. VII, p. 699

production d'adhérences, mais qui dans d'autres cas se généralise. Enfin, l'anse réduite peut présenter les lésions ultimes qui sont la conséquence de l'étranglement (perforation, gangrène); la cavité péritonéale est alors le siège d'un épanchement de gaz et de matières que l'on retrouve à l'autopsie.

5° *Lésions éloignées.* — La mort survient parfois un temps plus ou moins long après la réduction, sans que l'autopsie fasse reconnaître aucune lésion de l'intestin étranglé, de l'abdomen ou de son contenu, capable d'expliquer la terminaison funeste. On a cherché du côté d'autres viscères et d'autres appareils. Verneuil (1) a, le premier, signalé l'apparition fréquente, à la suite de l'étranglement herniaire, de congestions viscérales et notamment de congestions pulmonaires graves, et Ledoux (2) a fait de cette complication l'objet d'une intéressante étude. On n'a pas assez insisté jusqu'à présent, dans les relations nécroscopiques, sur l'état du cœur et des vaisseaux, et des faits extrêmement curieux d'hémiplégies survenues à la suite d'étranglements herniaires, observés et rapportés par Nicaise (3) à la Société de chirurgie, semblent indiquer que les lésions intestinales peuvent parfois devenir le point de départ de thromboses et d'embolies.

Nous signalons seulement à présent l'étude, à peine commencée, des lésions que peut déterminer à grande distance l'étranglement herniaire, point sur lequel nous nous étendrons davantage en parlant de la marche, des complications et de la physiologie pathologique de cette affection.

SYMPTOMATOLOGIE. — Parmi les symptômes de l'étranglement herniaire, il en est qui se présentent dans le cours de tous les étranglements, et dont l'absence, sans exclure l'idée de cet accident, caractérise des formes ou des variétés insolites. Il en est d'autres, au contraire, qui ne se montrent que dans des cas rares ou même exceptionnels, et qui donnent alors à l'étranglement une physionomie tout à fait particulière. Enfin ces symptômes, qu'ils soient communs et en quelque sorte pathognomoniques, qu'ils soient plus rares, présentent dans le temps et le mode de leur apparition, dans leur succession, leur forme, leur intensité, des différences qui font varier le début, la marche, les terminaisons de l'étranglement, et qui font distinguer un certain nombre de types autour desquels on peut ranger la plupart des faits.

Nous examinerons successivement ces symptômes, qui se divisent naturellement en symptômes *physiques* et *fonctionnels*, suivant qu'ils se présentent au niveau même de la tumeur herniaire ou du côté de l'abdomen et du reste du tube digestif, ou suivant qu'ils affectent d'autres organes, d'autres appareils, ou même l'organisme tout entier.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1871, p. 82, 91 et suiv.

(2) *De la congestion pulmonaire comme complication de l'étranglement herniaire*, thèse de Paris, 1873.

(3) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, nouv. série, t. II, p. 317.

A. *Symptômes inhérents à la tumeur.* — L'étranglement se révèle par la tension, la rénitence, l'irréductibilité de la hernie, phénomènes qui, dès le début, sont accompagnés de douleur.

Dans quelques cas rares où la hernie est profonde, et où elle est recouverte par une grande épaisseur de parties molles, comme dans les hernies obturatrices ou ischiatiques, il n'existe pas de tumeur appréciable à la vue. Le plus souvent, on trouve au niveau de l'orifice herniaire une tumeur élastique qui donne parfois la sensation d'un corps solide. Cette dureté est due à la distension du sac par l'intestin ou par le liquide qu'il renferme; elle se remarque surtout dans les hernies étranglées de petit volume. Quand la hernie est moins tendue, elle donne à la main une sensation de rénitence ou même de fluctuation. Cette consistance est quelquefois masquée par l'état des enveloppes, surtout quand la hernie est recouverte d'une certaine quantité de graisse, ou par la présence dans le sac d'une grande quantité d'épiploon. Il est néanmoins toujours possible de la constater par une palpation attentive. Dans ces explorations on peut percevoir un gargouillement qui manque toutes les fois que la longueur de l'anse comprise dans la hernie n'est pas très-considérable.

La hernie étranglée donne un son mat à la percussion; parfois on peut y trouver, surtout vers le pédicule, une faible sonorité qui le plus souvent est douteuse. On conçoit la raison de ce phénomène, si l'on se rappelle que le sac herniaire est généralement le siège d'un épanchement séro-sanguin, et que l'anse étranglée elle-même renferme d'ordinaire plus de matières liquides que de gaz. Certaines hernies étranglées de moyen, et surtout de gros volume, sont néanmoins fort sonores.

Le caractère le plus essentiel de la hernie étranglée est de résister aux pressions méthodiquement dirigées qui, à l'état habituel, ont pour effet de refouler l'intestin dans le ventre et de faire disparaître la tumeur.

Enfin cette tumeur est douloureuse spontanément, mais surtout à la pression. La palpation fait reconnaître que cette sensibilité est plus vive au niveau du pédicule de la hernie. Le degré, la continuité, et les autres caractères de la douleur varient suivant l'intensité de la constriction, l'ancienneté de l'étranglement, mais surtout suivant les individus et le siège de la hernie. Nous aurons l'occasion de revenir avec plus de détails sur ce point.

B. *Du côté de l'abdomen et du tube digestif* s'observent des symptômes qui ne font jamais défaut : ce sont d'abord des vomissements qui s'établissent généralement dès le début de l'étranglement, mais qui peuvent ne se montrer que beaucoup plus tard. Tantôt ils présentent une fréquence et une continuité telles que le malade ne cesse pour ainsi dire de faire des efforts pour vomir; tantôt, après s'être montrés dès les premiers temps, ils diminuent bientôt et même cessent tout à fait

de se produire; puis, au bout d'un temps variable, ils recommencent avec une intensité nouvelle et des caractères tout différents.

Au début, les matières vomies sont constituées surtout par les restes d'aliments contenus dans l'estomac. Quand celui-ci s'est débarrassé de ce qu'il renfermait, les vomissements deviennent muqueux, puis bilieux.

A une époque plus ou moins éloignée, du troisième au cinquième jour, suivant Gosselin, les matières vomies changent de caractère. Elles prennent une coloration jaunâtre, elles sont mal liées et ressemblent à une sorte de bouillie tenant souvent en suspension des flocons verdâtres formés par les débris alimentaires colorés par la bile et qui se déposent au fond du vase. L'odeur de ces matières est fade et repoussante, elle rappelle l'odeur de l'intestin grêle, et laisse au malade un horrible goût. Si les accidents se prolongent, ces matières deviennent plus colorées et plus odorantes, mais elles n'ont jamais ni la solidité, ni la fétidité particulières des matières fécales. Aussi Malgaigne a-t-il substitué à juste titre le nom de vomissements *fécaloïdes* à celui de vomissements *stercoraux* qu'on leur donnait autrefois. La matière des vomissements vient, en effet, de l'intestin grêle, dont le contenu est repoussé jusque dans l'estomac par des contractions antipéristaltiques, jamais elle ne peut provenir du gros intestin.

Aux vomissements succèdent des régurgitations qui sont un phénomène ultime auquel s'associe le *hoquet* qui indique presque toujours l'approche de la terminaison fatale.

D'autre part aucune évacuation n'a eu lieu par l'anus depuis l'invasion des accidents. Mais il faut bien s'entendre sur la valeur de cette *constipation* qui, avec les vomissements fécaloïdes et l'irréductibilité, suffit à établir l'existence d'un étranglement. Bien des malades, interrogés sur ce point, disent être allés à la selle, et en effet l'étranglement n'est pas plutôt produit que beaucoup d'entre eux ressentent un besoin impérieux de soulager leur ventre, et dans une ou plusieurs séances ils expulsent le contenu du gros intestin, et, en général, de toute la portion d'intestin qui siège au-dessous de l'étranglement. Ces évacuations n'amenant point de soulagement notable, les malades s'administrent des lavements qu'ils rendent tels qu'ils les ont pris, ce qui ne les empêche pas de répondre affirmativement quand on leur demande s'ils sont allés à la garde-robe. Il faut donc, et nous insisterons sur ce point en parlant du diagnostic, ne jamais négliger d'interroger le malade sur l'époque à laquelle les évacuations ont eu lieu, sur la nature et sur la consistance des matières, et s'informer avec soin si quelque lavement n'a point été administré. Dans tous les étranglements, à partir des vingt-quatre premières heures, la constipation est absolue, et il n'y a même plus d'émission de gaz par l'anus. J'insiste beaucoup sur l'importance de ce dernier symptôme.

Nous verrons pourtant qu'il y a des cas exceptionnels où le cours des matières paraît avoir persisté, et où les malades ont même été tour-

mentés par de la *diarrhée*. Le Dentu a noté ce phénomène insolite chez un sujet qui portait un pincement latéral de l'intestin. Ainsi qu'il le fait remarquer avec raison, la persistance des garde-robes et même la diarrhée s'expliquent bien mieux dans ce cas par une exagération des sécrétions intestinales dans le bout inférieur survenant sous l'influence de l'irritation produite par la constriction de l'intestin, que par le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur à travers la portion du calibre de l'intestin qui est restée perméable au niveau de l'étranglement.

La *paroi abdominale* est parfois contractée et dure au début des accidents; les muscles droits font saillie sous les téguments; mais le plus souvent l'abdomen a conservé son apparence habituelle. A mesure que l'étranglement devient plus ancien, on voit se produire un *ballonnement* plus ou moins considérable.

Il s'y joint parfois de la *matité* dans la région qui avoisine le pédicule de la hernie. A ce niveau il existe presque toujours une *douleur* sourde que la pression exagère, et qui, circonscrite d'abord en ce point, ne tarde pas à irradier dans tout l'abdomen.

C. *Symptômes généraux*. — Il faut distinguer d'abord des symptômes généraux les signes qui indiquent une complication de l'étranglement herniaire. On doit également envisager à part certains phénomènes d'une observation rare qui, lorsqu'ils se présentent, caractérisent une forme anormale de cette affection. Ainsi limitée, l'étude des symptômes généraux de l'étranglement herniaire se réduit à fort peu de chose. On voit, en effet, des étranglements qui évoluent sans entraîner de perturbation générale des fonctions autres que la fonction digestive, et ce n'est qu'au dernier moment en quelque sorte que les signes de la péritonite ou de la perforation intestinale annoncent l'approche de la terminaison fatale. Ce fait est rare, néanmoins, et la plupart des étranglements déterminent une réaction générale qui présente quelque chose de caractéristique.

Assez souvent, dès que la hernie est sortie et s'est étranglée et qu'apparaissent les premiers vomissements, le malade présente une anxiété extrême et un malaise qui peut aller jusqu'à produire une sorte d'état syncopal. De là, la dépression des forces, la pâleur de la face, le refroidissement des extrémités, la sueur froide qui couvre le visage et les membres, la petitesse du pouls, et quelques autres symptômes analogues que l'on observe parfois dès le début des accidents.

Ce n'est, dans le plus grand nombre des cas, que trois ou quatre jours après que l'étranglement s'est constitué que l'état général se caractérise. Le visage présente cet aspect particulier auquel on donne le nom de *faciès abdominal*: les yeux semblent excavés, le nez et les pommettes plus saillantes; la peau a une teinte grisâtre et terreuse; quelquefois les lèvres, le nez, les doigts, sont cyanosés. Souvent il existe en même temps un refroidissement marqué qui est manifeste surtout aux extrémités, au bout du nez et de la langue. La courbe thermométrique ne peut être

suivie dans le cours de l'étranglement, mais on a pu maintes fois s'assurer que la température était tombée au-dessous de 36 degrés. Le pouls est petit, fréquent et devient difficile à compter; la respiration est anxieuse, le chiffre des inspirations s'accroît en même temps qu'elles sont moins profondes. Enfin il existe parfois de l'aphonie, les urines se suppriment, plus rarement des phénomènes nerveux, sur lesquels nous reviendrons et des crampes se produisent. Ces phénomènes s'accompagnent presque toujours d'un affaissement moral extrême et de l'appréhension d'une fin prochaine. On a reconnu à ces symptômes qui se présentent parfois isolés, mais dont les plus constants, tels que les modifications du pouls, de la calorification, de la respiration, se retrouvent à un degré variable dans la plupart des étranglements, l'ensemble que Malgaigne a désigné sous le nom de *choléra herniaire*.

VARIÉTÉS CLINIQUES DE L'ÉTRANGLEMENT. — La manière dont les symptômes qui viennent d'être énumérés apparaissent et se succèdent présente d'importantes différences, et l'on peut à cet égard conserver la distinction ancienne établie par Richter et par Scarpa entre l'*étranglement aigu*, l'*étranglement chronique*, et l'*étranglement spasmodique*.

Pour Richter et Scarpa, l'étranglement *aigu* est celui dans lequel la douleur et les coliques sont fortement accusées, les vomissements fréquents, les éructations, le hoquet, le ballonnement du ventre et l'expression caractéristique de la face se montrent dans les trente-six ou soixante premières heures. C'est encore celui dans lequel il existe un mouvement fébrile bien prononcé.

Pour les mêmes auteurs, l'étranglement *lent* ou *chronique* s'établit d'une façon insidieuse: les symptômes fonctionnels sont nuls ou peu accusés au début; l'état général est peu grave, les vomissements sont plus rares, et ce n'est qu'au bout de trois, quatre ou cinq jours que s'accusent peu à peu les phénomènes caractéristiques de l'étranglement.

On peut dire encore que la première de ces variétés correspond surtout à l'étranglement des petites hernies, la seconde à celui des moyennes ou des grosses hernies; que dans la première, l'issue de la hernie a été brusque et aussitôt suivie de l'apparition des accidents, tandis que dans la seconde il s'agit de hernies qui étaient dehors, depuis plusieurs jours peut-être, sans que l'on sache exactement à quel moment précis faire remonter le début de l'étranglement.

Quant à l'étranglement *spasmodique*, c'est une expression créée par Richter pour désigner certains étranglements à forme rémittente, dont il attribuait la production à un mécanisme aujourd'hui rejeté par tous les auteurs. Cependant la théorie pathogénique erronée de Richter était basée sur des faits cliniques d'une exactitude incontestable. Il est, en effet, bon nombre d'étranglements dans lesquels, au bout de quelques heures, les douleurs deviennent moins vives, les vomissements moins fréquents; puis tous les phénomènes se reproduisent avec plus d'inten-

sité, et pendant cet accès les circonvolutions intestinales sont le siège de contractions péristaltiques et de mouvements vermiculaires visibles à travers la paroi abdominale. Un certain nombre d'aggravations et de rémissions peuvent ainsi se succéder et en imposer à un observateur peu expérimenté. Il est probable, ainsi que le fait remarquer Gosselin, que si l'on étudiait attentivement et heure par heure les sujets affectés d'étranglement, on verrait que beaucoup d'entre eux ont de ces rémissions et présentent des phénomènes nerveux pendant les exacerbations. On pourrait ajouter que, dans l'étranglement aigu lui-même, il n'est pas rare de voir un calme de quelques heures succéder à l'appareil effrayant des accidents qui ont marqué l'invasion, pour être remplacé bientôt par une aggravation nouvelle à marche dès lors continue et rapide. Quoi qu'il en soit, cette forme mériterait plutôt le nom d'*étranglement à marche rémittente* que celui d'étranglement spasmodique.

Mais il est d'autres formes d'étranglement herniaire qui procèdent de l'exagération de quelques-uns de ces symptômes ou de l'apparition de phénomènes d'une observation moins fréquente. Au premier rang parmi ces formes insolites nous devons placer le *choléra herniaire*.

Il n'est pas rare, surtout lorsque l'étranglement est étroit, de voir les phénomènes généraux revêtir une apparence cholérique. Ainsi l'algidité se prononçant et s'accompagnant d'un certain degré de cyanose, la température peut baisser de plusieurs degrés, les téguments perdent leur élasticité et conservent l'empreinte du pli qu'on y détermine par la pression des doigts; la voix est éteinte et les urines sont rares ou même elles se suppriment. Si ces phénomènes sont très-accusés, l'aspect du malade peut ressembler à celui d'un cholérique, à tel point que la confusion entre deux affections de nature si différente a été parfois possible. Mais c'est principalement quand à ces phénomènes se joignent des crampes et de la diarrhée que l'analogie devient extrême. Dans un travail lu à la *Société de chirurgie*, Paul Berger (1) a étudié le premier de ces symptômes: il résulte de ses recherches que les crampes, plus rares que les autres manifestations du choléra herniaire, apparaissent parfois dès le début des accidents. Elles occupent le plus souvent les membres inférieurs, mais on peut les observer aux poignets et aux avant-bras; généralement elles présentent des rémissions, mais, dans d'autres cas, elles sont continues et offrent les caractères de la contracture des extrémités. Elles disparaissent généralement avec l'étranglement dont elles dépendent.

Quant à la diarrhée c'est un phénomène absolument exceptionnel et qu'il faut tout d'abord distinguer des évacuations au moyen desquelles le bout inférieur de l'intestin se vide dans les premières heures. Celles-ci surviennent spontanément ou sont amenées par des lavements, mais elles sont toujours un phénomène précoce. Ce n'est que bien plus tard,

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, nouv. série, t. II, p. 698.

en même temps que l'on voit se montrer d'autres symptômes généraux graves, que se produit la diarrhée. Celle-ci est souvent fort abondante, et continue jusqu'à la levée de l'étranglement ou à la mort. On s'est efforcé d'en expliquer la production en alléguant ces faits de pincement latéral où une portion du calibre de l'intestin était restée perméable aux matières; mais outre que, dans un certain nombre de cas de pincement latéral, il n'existait point de diarrhée, ce phénomène a été noté dans l'étranglement d'anses complètes. Il paraît donc plus rationnel d'admettre, avec Le Dentu, que la diarrhée est due à une hypersécrétion de la muqueuse du bout inférieur, survenue sous l'influence de l'irritation produite par la constriction de l'intestin. Les matières rendues par l'anus ne présentent point en effet la même coloration et la même consistance que celles que renferme le bout supérieur, et qui, rejetées par la bouche, constituent les vomissements fécaloïdes: elles sont décolorées, séreuses, et leur quantité même indique qu'elles procèdent d'une abondante transsudation de liquides dans l'intestin.

Ces phénomènes insolites ont été observés maintes fois, alors que régnait une épidémie de choléra, en 1832, par Boinet et par Briquet, en 1854, par Malgaigne, etc., et l'on peut se demander avec Vidal (de Cassis) (1) si la constitution médicale régnante n'aurait pas eu quelque influence sur la forme et la marche des accidents herniaires.

Les *phénomènes nerveux* s'accroissent parfois de manière à occuper le premier plan de la scène. Richter les avait indiqués assez nettement en créant la classe des étranglements *spasmodiques*, et il avait fait voir que l'exagération de la douleur pouvait être la seule cause de la gravité apparente de l'état général. Paul Berger est revenu sur l'étude de ces accidents nerveux dans le travail que nous avons cité. Outre les crampes et la contracture des extrémités qui se rencontrent le plus souvent dans le cours du choléra herniaire, la perturbation du système nerveux peut être plus générale; la douleur vive peut amener du délire, une sorte d'aberration mentale qui pousse le malade au suicide, la syncope. D'autres fois les accidents sont plus graves encore. Des enfants ont présenté, dans le cours d'un étranglement herniaire, des convulsions épileptiformes, un état comateux, de la contraction pupillaire, du strabisme; l'opération fit cesser ces phénomènes alarmants. Enfin, dans un cas, la mort survint d'une manière subite et presque foudroyante dans le cours d'un accès éclamptique chez un adulte, au moment même où l'on pratiquait l'opération.

Ces accidents indiquent toujours un étranglement d'une gravité exceptionnelle, et ils doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation du pronostic; mais on peut se demander s'ils révèlent toujours un étranglement très-serré, et s'il est permis d'en tirer quelques indications utiles, relativement au diagnostic de l'état où se trouve l'anse

(1) Vidal (de Cassis), *Journal hebdomadaire*, t. III, p. 384.

intestinale. Or, l'étude attentive des observations ne permet pas d'établir sur ce point de règle qui s'applique à tous les cas, et si le plus souvent l'existence de symptômes fonctionnels et généraux graves indique un étranglement serré, d'autre part on ne saurait conclure de leur absence à un étranglement peu serré et à l'absence de lésions anatomiques graves. Gosselin a fait voir depuis longtemps que les hernies crurales, alors même qu'elles sont très-étroitement incarcérées, ne s'accompagnent souvent que d'une douleur très-modérée et de phénomènes fonctionnels qui passent presque inaperçus du malade. D'autre part il lui est arrivé quelquefois de réduire avec la plus grande facilité, après l'emploi du chloroforme, des hernies qui s'entouraient des signes les mieux accusés de l'étranglement aigu.

Il est certain que le choléra herniaire indique le plus souvent un pronostic grave, qu'il révèle une constriction étroite de l'intestin, et que, lorsqu'il se présente, il faut toujours redouter un étranglement s'accompagnant dans un très-bref délai de perforation ou de gangrène intestinale. Malgaigne avait même émis l'opinion que la hernie étranglée avec symptômes cholériformes ne cédait point à l'opération. Th. Maunoir (1) prouva par une observation, à laquelle sont venues s'ajouter depuis un grand nombre d'autres, ce que cette manière de voir avait d'exagéré.

Dans un cas récent qui nous a été communiqué par P. Berger, une hernie s'accompagnant des phénomènes du choléra herniaire et de crampes, a été facilement réduite au bout de quelques minutes de taxis.

TERMINAISONS DE L'ÉTRANGLEMENT. — L'étranglement herniaire, abandonné à lui-même, se termine par la mort. Nous avons à rechercher les modes divers suivant lesquels s'opère cette terminaison fatale.

Tantôt la perforation s'établit au niveau du contour de la portion serrée, alors que les adhérences protectrices ne se sont pas encore produites ou qu'elles n'ont pas acquis une résistance suffisante, et la mort survient par le fait de l'épanchement du contenu de l'intestin dans la cavité péritonéale (péritonite par perforation).

Tantôt la perforation ne s'est pas produite, ou bien encore les adhérences péritonéales déjà solides ont empêché l'épanchement de gaz et de matières dans l'abdomen, mais la péritonite qui s'est développée au siège de l'étranglement s'est généralisée de proche en proche et a déterminé la mort (péritonite par propagation).

Enfin, dans certains cas, il n'existe pas de péritonite, ou son développement est incapable d'expliquer la terminaison fatale. Le plus souvent alors les malades ont succombé à l'aggravation lente et graduelle des symptômes généraux. Le ballonnement du ventre s'est accru et a pris d'énormes proportions; la respiration est devenue de plus en plus courte et fréquente; l'asphyxie a fait des progrès constants qui se sont traduits

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1852, t. II, p. 53.

par un abaissement progressif de la température, la faiblesse, la fréquence, l'irrégularité du pouls.

Diverses interprétations ont été invoquées pour expliquer ce genre de mort, dont la gêne apportée à la respiration par la distension du ventre ne rend pas un compte suffisant. On a mis en avant l'épuisement nerveux, conséquence de la douleur, et cette explication trouverait un appui dans la gravité exceptionnelle que revêtent parfois les phénomènes nerveux de l'étranglement. Mais, outre que bien des hernies ne déterminent jamais de douleurs et ne s'accompagnent pas moins de ces phénomènes de collapsus et de dépression générale, l'épuisement nerveux n'est pas susceptible d'une démonstration anatomique.

Humbert (1) met en avant l'empoisonnement produit par les matières intestinales retenues dans l'intestin. Il est certain que la rétention des produits de décomposition que renferme le tube digestif peut déterminer des accidents graves; mais on s'explique difficilement que ces accidents se montrent au bout de trois ou quatre jours dans l'étranglement herniaire, tandis qu'une constipation ou une obstruction intestinale peut durer un temps triple ou quadruple sans déterminer les mêmes symptômes.

C'est dans un autre ordre de phénomènes que Verneuil a cherché les causes de la gravité particulière de certains étranglements. Chez plusieurs malades atteints de hernie très-étroitement étranglée, l'autopsie lui fit reconnaître l'existence de congestions étendues des poumons. L'étude de cette complication, signalée d'abord par Verneuil à la Société de chirurgie, fut reprise par Ledoux qui en fit l'objet d'une bonne thèse inaugurale. Les congestions qui surviendraient surtout chez des individus atteints de lésions antérieures de l'appareil respiratoire, sont en rapport avec l'étroitesse et l'ancienneté de l'étranglement. Elles disparaissent le plus souvent lorsque la réduction a été effectuée, mais quelquefois elles persistent même après que la cause dont elles dépendent a cessé ses effets. Dans tous les cas elles contribuent à produire l'algidité, la cyanose, dont l'apparition coïncide avec l'invasion de l'affection pulmonaire. L'observation de P. Berger, qui a noté l'existence de congestions pulmonaires dans plusieurs cas où l'étranglement avait déterminé des phénomènes nerveux intenses et des crampes, vient à l'appui des opinions de Verneuil et de Ledoux sur ce point. Quels que soient la nature et le mode de production de cette complication, elle doit entrer en ligne de compte désormais dans l'appréciation des chances fatales qu'entraîne l'étranglement herniaire.

Enfin la mort peut survenir par le fait d'accidents éclamptiques, ainsi que nous en avons cité un exemple jusqu'à présent unique.

Il est un certain nombre de cas pourtant où la hernie a été abandonnée à elle-même, et où la terminaison a été moins funeste. Lors-

(1) *Étude sur la septicémie intestinale*, thèse de Paris, 1873.