

constante; les tissus ne sont pas divisés par l'agent de constriction, et, par conséquent, la nutrition ne peut s'opérer par la périphérie comme dans l'expérience de ROSE. Il en résulte alors toujours un gonflement par stase de la portion étranglée de l'épiploon, laquelle devient bientôt le siège d'une inflammation avec gangrène consécutive.

Lorsqu'une lésion traumatique atteint l'épiploon contenu dans un sac herniaire, la filiation des phénomènes est précisément l'inverse de celle que l'on observe habituellement. Par suite du trauma, l'épiploon devient le siège d'une tuméfaction et il ne trouve plus une place suffisante dans la cavité étroite de la hernie; de son côté l'anneau herniaire, par la constriction qu'il exerce alors, tend à augmenter encore la stase et la tendance à la nécrose de l'épiploon déjà malade. Lorsque l'épiploon s'étrangle, on observe parfois des symptômes violents (rétention des matières fécales, vomissements, coliques etc.), analogues à ceux de l'étranglement de l'intestin. Dans la plupart des cas cependant les symptômes ne présentent pas une aussi grande intensité. On constate alors seulement que la hernie est très douloureuse à la pression, et si le liquide herniaire n'est pas par trop abondant, on sent sous le doigt les nodosités dures de l'épiploon; le malade se plaint de coliques, de nausées; les selles sont retardées, mais elles peuvent être aussi normales, et l'on observe même parfois de la diarrhée. La plupart des cas de ce genre, qu'ils soient graves ou non, sont caractérisés par le fait que les symptômes ne tardent pas à s'atténuer pour disparaître finalement d'une façon complète. Il ne reste plus alors qu'une **épiplocèle adhérente**. Il n'est pas rare cependant de voir survenir des symptômes inflammatoires plus marqués; l'inflammation peut même devenir suppurée et le pus se faire jour au dehors. C'est surtout dans les cas de gangrène de l'épiploon que l'on doit s'attendre à cette complication.

Au point de vue de l'étranglement herniaire, l'**ovaire** se trouve dans les mêmes conditions que l'épiploon; tantôt c'est la constriction par l'anneau qui est le phénomène primitif, tantôt c'est, au contraire, l'inflammation et le défaut d'espace qui en est la conséquence.

§ 100. — Le volume de la hernie étranglée est très variable. Il en est qui ne contiennent qu'une toute petite partie d'une anse intestinale, et il est hors de doute que des phénomènes d'étranglement peuvent succéder à la pénétration dans un sac herniaire et à la constriction de véritables diverticules congénitaux, ou formés peu à peu après la naissance (hernies de LITRE). Par contre, il est difficile de comprendre l'étranglement d'un diverticule intestinal formé d'une façon aiguë. ROSER, à ce propos, fait observer avec raison, que dans l'étranglement d'une petite hernie, il peut être difficile, une fois l'intestin libéré, de dire d'une façon positive, s'il existait ou non un étranglement total, alors que la constriction paraît n'intéresser qu'une partie de la paroi. D'autre part, ROSER

insiste à bon droit sur l'in vraisemblance de l'hypothèse d'après laquelle une portion de la paroi lisse de l'intestin pourrait franchir subitement un anneau herniaire, y rester fixé et s'y étrangler. Ainsi donc, on peut admettre comme prouvé que des *diverticules congénitaux peuvent devenir le siège d'un étranglement*, lequel est ordinairement compliqué d'inflammation; de même on ne peut nier la possibilité de la *pénétration lente d'une portion de la paroi intestinale dans une dépression en doigt de gant du péritoine ou dans un véritable sac herniaire, et de la formation d'un diverticule acquis, pouvant, sans aucun doute, devenir également le siège de symptômes d'inflammation et de constriction*; ces derniers, d'ailleurs, surviennent d'autant plus facilement, qu'une portion plus ou moins grande de la paroi intestinale est employée à la formation du diverticule, et qu'il en résulte un certain degré de rétrécissement de l'intestin dans le point correspondant. Par contre, en dépit de toutes les tentatives qui ont été faites pour prouver le contraire, en dépit surtout des résultats d'autopsies que l'on a cherché à faire valoir dans ce but, nous ne sommes nullement autorisés à admettre l'existence d'un étranglement aigu d'une portion de paroi intestinale qui n'aurait pas été déjà antérieurement le siège d'une dilatation sacciforme.

Pour ma part, j'ai observé deux cas d'étranglement de simples portions de paroi intestinale. Dans l'un il s'agissait de symptômes incomplets d'étranglement chez une femme affectée d'une petite hernie crurale; il n'y avait pas eu arrêt des selles bien que la malade fût prise de vomissements depuis plusieurs jours déjà, et présentât de légers symptômes de péritonite. Avant que la herniotomie eût pu être pratiquée, la malade mourut subitement, et à l'autopsie on constata qu'une portion de la paroi intestinale faisant saillie en forme de diverticule, était en partie adhérente avec le sac herniaire et présentait un sillon de constriction; au niveau de l'anneau une perforation s'était produite du côté de la cavité abdominale. Dans un autre cas il s'agissait d'une petite hernie obturatrice à l'opération de laquelle je trouvai un petit diverticule de l'intestin du volume d'une noisette, ayant aussi contracté des adhérences partielles avec le voisinage de l'anneau, et présentant à sa surface des signes d'inflammation. Ici encore les symptômes avaient été subaigus. La malade guérit à la suite de l'opération.

KOCHER a discuté dernièrement la question des hernies de LITRE en se basant sur ses observations et ses expériences. Il fit pénétrer une portion de paroi intestinale à travers une ouverture pratiquée dans une planchette et représentant un anneau étroit de 5 à 7 millimètres de diamètre; puis il essaya de remplir d'eau cette portion d'intestin, mais n'y parvint qu'en fixant avec une pince le sommet de l'anse engagée dans l'orifice; lorsqu'il ne prenait pas cette précaution, la petite poche, en se remplissant, se dégageait d'elle-même de l'anneau contracteur. Par contre, il obtint la fixation de la portion herniée en portant la canule de la seringue jusque dans cette dernière et en y injectant de l'eau de façon à la distendre fortement. En outre, dans ces conditions de distension la portion afférente de l'anse se ferme au niveau de l'anneau et ne laisse pas sortir le liquide injecté.

Au point de vue clinique les hernies pariétales, lorsqu'elles s'étranglent, ne donnent pas en général des symptômes d'occlusion tout à fait aigus; on a même assez souvent observé des cas dans lesquels l'évacuation des matières fécales, ou tout au moins des gaz, continuait à se faire avec ou sans emploi de médicaments. Mais la persistance des évacuations alvines dans le cours de l'étranglement n'exclut pas la possibilité d'une gangrène de la paroi intestinale, et la mort peut en être la conséquence. Quant à une véritable sténose de l'intestin survenant dans ces formes de hernies, voici comment on peut en comprendre le mécanisme: la portion d'intestin fixée dans le sac herniaire ou dans l'anneau se remplit et se dilate; la muqueuse se trouve alors attirée dans le sac herniaire, de façon à rétrécir la portion efférente de l'intestin hernié, et à produire une sténose dans le sens de l'expérience de BUSCH (voir plus loin). De nombreuses observations seraient du reste encore nécessaires, si nous voulions arriver à connaître un peu mieux le mécanisme de l'étranglement dans chaque cas particulier.

Dernièrement ADOLF LORENZ (Ueber Darmwandbrüche, Vienne, 1883) a fait une étude approfondie des hernies pariétales¹, et nous renvoyons à ce travail le lecteur que pourrait intéresser cette question, bien que nous n'ayons guère été converti aux idées de cet auteur. Lorenz se base sur le résultat d'une autopsie médico-légale pour admettre l'existence de hernies pariétales libres. A son avis il est hors de doute que l'on peut observer l'étranglement aigu de ces hernies dans un sac préexistant, et il admet même la possibilité d'un étranglement d'emblée de la hernie formée subitement. La forme chronique que nous reconnaissons principalement, se distingue, d'une part, par le rétrécissement et le changement de forme persistant de l'intestin au point où les parois de ce dernier ont été serrées par l'anneau, et, d'autre part, par les adhérences fréquentes avec le sac herniaire. Les hernies pariétales intéressent le plus souvent l'intestin grêle, rarement le gros intestin.

C'est principalement dans les **hernies crurales** que l'étranglement intéresse volontiers une portion d'anse intestinale relativement peu étendue, tandis que dans les hernies inguinales étranglées, on rencontre le plus souvent dans le sac herniaire un segment considérable d'intestin. Au-dessus de la partie étranglée on trouve alors parfois des anses qui ne présentent aucun phénomène d'étranglement; de même l'épiploon ne paraît le plus souvent pas avoir subi de constriction. Nous n'avons, du reste, à ce sujet, qu'à renvoyer le lecteur aux remarques que nous avons faites à propos de l'anatomie du contenu du sac; il est, en effet, bien évident que dans les hernies étranglées on se trouve en présence des mêmes dispositions anatomiques que dans les hernies mobiles ou irréductibles, mais non étranglées.

§ 101. — Avant de passer à l'étude des symptômes de l'étranglement

1. GOSSELIN donne à ces hernies, le nom de hernies avec anse incomplète; d'autres auteurs les ont désignées sous le nom de pincement latéral de l'intestin, mais cette dénomination doit être réservée pour les cas de hernie avec anse intestinale incomplète étranglée (FOLLIN et DUPLAY).

(Note du trad.)

nous avons encore à discuter la question de savoir quelles sont les parties constituantes de la hernie qui peuvent être le point de départ de l'étranglement. A une époque où le spasme jouait un rôle essentiel en médecine, on l'accusa également d'être la cause de l'étranglement. G. RICHTER, dans sa doctrine de l'étranglement des hernies par les anneaux, attribue à l'élément spasme une assez grande importance, bien que l'étranglement spasmodique ne soit guère possible qu'au niveau du canal inguinal (contraction des muscles oblique interne et transverse).

Plus tard, lorsqu'on eut appris à connaître, surtout depuis SCARPA, les altérations anatomo-pathologiques se produisant dans l'intérieur du sac herniaire, altérations que nous avons décrites plus haut, on abandonna de plus en plus la doctrine de l'étranglement au niveau de l'anneau et l'on attribua essentiellement ou exclusivement (MALGAIGNE) au sac herniaire le rôle d'anneau constricteur. Cet exclusivisme est tout simplement inconcevable pour le chirurgien qui connaît les altérations anatomo-pathologiques qui se produisent dans le sac herniaire et la disposition des anneaux, et cela d'autant plus que la saine observation clinique et les résultats opératoires prouvent d'une façon indubitable que l'anneau, aussi bien que le sac herniaire, peut par constriction mettre obstacle à la réduction. L'anneau avec ses faisceaux de tissu conjonctif disposés circulairement ou formant une sorte d'entonnoir, est une cause d'étranglement particulièrement dans les cas où le sac herniaire est encore élastique, peu altéré, et pourvu d'un collet non encore épaissi et ratatiné.

Il n'est pas prouvé que l'anneau puisse jamais opérer une constriction d'une façon active, bien qu'on en ait encore dernièrement affirmé la possibilité pour les hernies inguinales. A. COOPER admettait la possibilité d'un étranglement spasmodique dans les cas où le cordon passe par un interstice des faisceaux musculaires de l'oblique interne et du transverse, et LINHART, se basant sur de simples considérations anatomiques, pensait que la limite supérieure d'une hernie volumineuse, c'est-à-dire le bord arciforme de l'oblique interne et du transverse, se redressant dans les contractions des muscles abdominaux, pouvait comprimer la hernie contre le ligament de Poupert. Au point de vue pratique ces hypothèses sont certainement sans aucune importance.

On sait que le sac herniaire est formé d'un tissu stratifié dont on peut séparer les feuillets de dehors en dedans. Les feuillets externes appartiennent à un tissu de nouvelle formation, et si l'on voulait étendre au sac herniaire la disposition anatomique intra-abdominale, on devrait désigner ces feuillets sous le nom de **fascia transversa** ou feuillet externe du péritoine (fascia peritonei). On constate assez souvent dans les herniotomies que l'étranglement est dû à ces couches externes qui se condensent en forme d'anneau au niveau ou un peu au-dessous du collet