

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 pariétales<sup>1</sup>, 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

du sac. On reconnaît ordinairement ces cordons annulaires à leur tension et à l'état de constriction de la hernie à leur niveau, et il arrive assez souvent que la hernie devient molle dès qu'ils ont été sectionnés et fuit à la moindre pression dans la cavité abdominale.

Bien que la statistique n'en ait pas encore fourni la preuve, il semble que l'étranglement par le collet du sac soit la forme la plus fréquente de cet accident, et pour comprendre ce fait il suffit de se reporter à la description anatomique du sac herniaire (§ 79 etc.). La transformation cicatricielle du collet du sac, la formation à un niveau plus inférieur de liens de constriction en forme d'anneau ou d'entonnoir, sont tout autant de dispositions favorables à la production d'un étranglement.

Nous devons également signaler une série de causes d'étranglement consistant dans des adhérences anormales de l'épiploon, ou bien dans des fentes et perforations de ce même organe ou d'une partie du mésentère. Si nous rappelons, en outre, la tendance des intestins à la torsion dans les hernies anciennes et volumineuses, on comprendra sans doute la fréquence relative dans les hernies des mêmes causes d'étranglement que celles qui entrent en jeu dans la cavité abdominale.

§ 102. — On a distingué, au point de vue de la marche clinique, une **forme aiguë et une forme chronique d'étranglement** (G. RICHTER). D'autre part, on a désigné spécialement sous le nom d'**incarcération** la forme d'étranglement dans laquelle les symptômes d'arrêt du cours des matières dominent la scène, tandis qu'on parle de **strangulation** de la hernie dans les cas où apparaissent des phénomènes aigus indiquant l'existence concomitante de troubles circulatoires considérables dans l'anse intestinale étranglée. On a aussi cherché à diviser la marche clinique en périodes distinctes, à savoir celle de l'**obstruction** et celle de l'**incarcération**. Toutes ces distinctions n'ont que peu de valeur pour le chirurgien qui a présents à l'esprit les faits énoncés dans les paragraphes précédents. On comprend, en effet, facilement, qu'il existe des hernies dans lesquelles la constriction ne constitue d'abord qu'un obstacle au cours des matières contenues dans l'anse intestinale étranglée. Puis l'intestin se gonfle, et l'occlusion devient de plus en plus complète en même temps qu'apparaissent peu à peu les signes d'une stase veineuse dans les parois intestinales, etc.

A ces cas on peut en opposer d'autres dans lesquels éclatent à la fois d'une façon suraiguë les symptômes d'arrêt du cours des matières et ceux qui indiquent un trouble circulatoire. Entre ces deux formes extrêmes on observe tous les intermédiaires.

Avec les auteurs récents qui se sont occupés de la question de l'étranglement herniaire, nous désignerons ces deux formes distinctes sur le mécanisme desquelles nous aurons à revenir ultérieurement, sous les noms d'**étranglement stercoral**. (Kotheinklemmung, engouement) et d'**étranglement élastique**. L'épithète stercoral ne veut pas dire que l'on

ait affaire à des masses stercorales dures, mais sert simplement à désigner cette forme chronique d'étranglement qui se produit alors que l'anse intestinale étranglée est remplie de matières (féces, mucus, gaz, etc.), qui sont en relation nécessaire avec la production de cet accident; dans la seconde forme, au contraire, le contenu de l'intestin ne joue aucun rôle dans la pathogénie de l'étranglement; il s'agit ici, en effet, d'une disproportion absolue entre l'anneau constricteur et l'anse intestinale.

Le **symptôme clinique** que le malade constate le plus souvent lui-même dès son apparition, et pour lequel le médecin est bientôt appelé, c'est l'**irréductibilité de la hernie**.

Tantôt il existait déjà antérieurement une hernie qui était maintenue par un bandage, et qui, lorsqu'elle sortait, était facile à réduire, tantôt, au contraire, il y avait jusque-là absence complète de hernie, celle-ci se montrant irréductible dès sa première apparition. Le médecin s'assurera de cette irréductibilité par de légers mouvements de taxis, et assez souvent il réussira d'emblée à refouler l'intestin dans la cavité abdominale. Le plus ordinairement, on n'observe pas dans ces cas un autre symptôme très caractéristique, qui, du moins dans les formes aiguës, à l'exception des cas de gangrène anémique (ROSER) décrits plus haut (§ 99), ne fait sans doute jamais défaut, nous voulons parler d'un changement de consistance dans le sens d'une **dureté plus grande de la hernie**. Cette consistance plus dure ne peut être due qu'à l'accumulation de liquides et de gaz dans l'anse intestinale étranglée, et à la pression plus forte à laquelle se trouve soumise la paroi de l'intestin précisément à cause de l'augmentation de son contenu et de l'impossibilité de son évacuation du côté de la cavité abdominale. Plus tard, la dureté à la palpation peut être encore accrue par le fait de la distension du sac herniaire par l'épanchement inflammatoire, mais c'est avant tout à la première cause qu'il faut rapporter la dureté de la hernie, surtout dans les cas d'étranglement aigu, alors que l'inflammation est encore toute récente. Un symptôme très inconstant et absolument sans valeur au point de vue du diagnostic, c'est la douleur locale, qui tantôt est très violente et augmente au plus léger contact, tantôt est très peu marquée et n'est provoquée que par les tentatives de taxis.

Les phénomènes de sténose intestinale, la **constipation** et les **vomissements** ont une valeur relativement grande au point de vue du diagnostic de l'étranglement. Le plus souvent la constipation est le premier symptôme, puis surviennent bientôt des nausées, des vomiturations et des vomissements; le malade rejette d'abord le contenu de l'estomac, puis le contenu de l'intestin, de la bile, etc. Bien que la constipation soit un phénomène relativement constant, on ne l'observe cependant pas dans tous les cas, l'évacuation de la partie de l'intestin située au-dessous de l'étranglement étant encore possible. De même on conçoit que les évacuations alvines continuent à se faire dans les cas d'étranglement de