

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

hernies diverticulaires (voir § 100). Enfin les hernies épiploïques étranglées ne s'accompagnent ordinairement pas tout d'abord de constipation; cependant ce symptôme existe presque toujours dans la suite (voir § 99).

Le symptôme **vomissement** ne se montre pas toujours au même degré. Parfois il se produit de très bonne heure et cesse dès que l'estomac a été complètement évacué; dans d'autres cas, il ne survient qu'au bout d'un certain temps, et dans d'autres encore, il apparaît dès le début pour ne cesser qu'à la mort ou une fois l'étranglement levé. C'est surtout l'étranglement d'une portion élevée de l'intestin grêle qui s'accompagne volontiers de vomissements abondants, qui se renouvellent chaque fois que le malade prend des aliments ou des boissons. Dans ces cas, on observe encore un autre symptôme caractéristique: comme la résorption des liquides dans l'intestin grêle se trouve considérablement réduite, la sécrétion urinaire subit de ce fait une diminution très notable.

Dernièrement JAFFÉ a appelé l'attention des cliniciens sur la variation qu'il a constatée dans l'élimination de l'indican dans l'urine lorsque, chez un malade, le cours des matières se trouve arrêté dans l'intestin. Si l'obstacle siège au niveau de l'intestin grêle et persiste pendant un temps suffisamment long, la quantité d'indican éliminée avec l'urine se trouve considérablement augmentée, tandis que, du moins chez les animaux, on n'observe pas une telle augmentation lorsque l'étranglement intéresse un point du gros intestin. Ce fait est à prendre en considération pour la détermination du siège de l'occlusion, aussi bien dans les hernies étranglées que dans l'étranglement interne. Dans l'urine normale la proportion d'indican varie entre 5 et 20 milligrammes, tandis qu'elle monte à 50-150 milligrammes dans les cas graves d'iléus et de péritonite.

ENGLISCH a publié dernièrement des recherches très intéressantes sur les troubles des fonctions rénales dans l'étranglement interne. Un fait bien connu, c'est que, parfois, on constate la présence d'albumine dans l'urine pendant toute la durée de l'iléus; de même on a observé des cas d'anurie complète avec symptômes urémiques. Or ENGLISCH, à la suite de l'examen d'un grand nombre de faits d'incarcération, a trouvé que l'albumine apparaît dans l'urine surtout lorsque l'étranglement intéresse l'intestin, tandis qu'en général, l'absence d'albuminurie parle plutôt en faveur, soit d'une constriction d'un appendice de l'intestin ou de l'épiploon, soit d'une inflammation de la hernie. La quantité d'albumine augmente avec le degré d'étranglement, et elle a, par conséquent, une certaine importance au point de vue du pronostic. L'apparition de phénomènes de collapsus coexistant avec une grande quantité d'albumine, indique une gangrène de l'intestin. La levée de l'étranglement est, en général, bientôt suivie de la disparition de l'albuminurie. De nouvelles recherches dans cette direction sont fort désirables.

L'exploration de l'abdomen fournit des symptômes très divers. Parfois

il reste d'abord tout à fait mou, non douloureux; c'est précisément dans les petites hernies très dures que la consistance molle du ventre frappe le plus l'observateur. Dans d'autres cas, l'abdomen présente rapidement les signes d'une tension considérable, et parfois, lorsque les parois abdominales sont minces, les anses intestinales fortement remplies et tendues qui sont en contact avec elles, sont animées de mouvements vifs de péristaltisme.

L'état général du malade n'est pas non plus sans ressentir le contre-coup de ces phénomènes abdominaux. La circulation présente parfois au début une augmentation de pression dans le système vasculaire, mais le plus souvent, c'est le contraire qu'on observe bientôt; le **pouls devient petit et fréquent**. La face et les extrémités sont froides. Dans les formes d'étranglement à marche rapide, on observe déjà de bonne heure des phénomènes de cyanose, qui, bien que rarement, entraînent très rapidement la mort. La clef de l'énigme pour tous ces phénomènes, doit être sans doute cherchée dans une action intense exercée sur le système nerveux de l'abdomen, action qui se manifeste d'une façon plus ou moins violente suivant le degré de l'étranglement, et qui dans les cas de mort dont il vient d'être question, rappelle beaucoup l'effet du choc sur la région de l'estomac dans l'expérience de GOLTZ.

Mais bientôt aux phénomènes purs d'étranglement viennent s'ajouter ceux de la péritonite ou de la gangrène de l'intestin. A côté des vomissements on observe alors le hoquet, le pouls devient plus petit, les traits sont étirés, les yeux s'enfoncent profondément dans leur orbite, le nez et les extrémités se refroidissent. En même temps l'abdomen devient douloureux et ballonné, et l'on peut alors voir survenir les douleurs péritonitiques les plus violentes. Si cette péritonite est due à une perforation avec épanchement stercoral dans la cavité abdominale, le malade succombe, en général, rapidement. Du reste la perforation entraîne parfois la mort pour ainsi dire à la manière du shock, sans qu'à l'autopsie on puisse constater de signes bien manifestes de péritonite. Dans ces cas la mort est due, sans doute, à une septicémie aiguë péritonéale.

Lorsqu'il s'agit d'une perforation de l'intestin survenue après que ce dernier a contracté des adhérences au niveau de l'anneau, la mort n'en est pas la conséquence nécessaire, bien qu'elle soit encore assez fréquente dans ces cas. Les symptômes d'étranglement peuvent alors s'amender, la dureté de la hernie disparaît; dans la région de cette dernière ainsi que dans son voisinage, on voit apparaître une tumeur phlegmoneuse, le plus souvent emphysémateuse, qui s'ouvre spontanément ou est ouverte par le chirurgien, et donne alors issue au contenu de l'intestin. Les phénomènes d'étranglement cessent alors provisoirement, mais encore assez souvent, la mort est la conséquence du phlegmon septique.

§ 103. — Lorsque surviennent des symptômes qui rendent probable l'existence d'un étranglement, et que le malade n'appelle pas aussitôt