

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

l'attention du médecin sur sa tumeur herniaire, ce dernier devra tout d'abord examiner avec soin toutes les régions que l'on sait être le siège de prédilection des hernies, et devra particulièrement avoir présentes à l'esprit les formes cachées, telles que la hernie obturatrice, etc. En l'absence d'une hernie constatée, les symptômes généraux de l'étranglement ne permettent naturellement pas de s'assurer s'il s'agit d'une hernie externe ou interne, ou d'une torsion de l'intestin, etc. Les doutes au sujet du diagnostic peuvent être très difficiles à éclaircir, lorsqu'en présence de symptômes certains d'occlusion intestinale, la hernie dont le malade est porteur n'offre pas d'une façon complète les signes de l'étranglement; l'embarras du chirurgien n'est pas moindre lorsqu'il existe plusieurs hernies dans différentes régions, qu'aucune de ces hernies n'offre une dureté et une tension quelque peu prononcées, et qu'il s'agit de décider néanmoins laquelle doit être considérée comme étant le siège de l'étranglement. Le diagnostic est encore plus difficile dans les cas de hernies anciennes adhérentes. Abstraction faite de la douleur spontanée qui s'aggrave à la palpation, toute espèce de point de repère fait ici défaut. Les tumeurs ganglionnaires peuvent être également une cause d'embarras sérieux pour le chirurgien, lorsqu'elles siègent dans la région des anneaux à hernies, et qu'elles se sont développées rapidement en même temps qu'apparaissaient des symptômes d'étranglement. Mais, le plus souvent, les anamnestiques nous mettront sur la voie du diagnostic, de même que l'exploration locale et la constatation de phénomènes inflammatoires dans le voisinage de la tumeur ganglionnaire.

§ 104. — Nous avons à revenir ici encore une fois sur un processus qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, à savoir **l'inflammation développée dans le sac herniaire**.

Grâce à l'influence de MALGAIGNE, la doctrine de l'inflammation développée dans le sac herniaire avait acquis, surtout en France, relativement à l'étranglement, une importance plus grande qu'elle ne le méritait. Cependant elle doit être prise en sérieuse considération, car précisément dans les cas d'inflammation très prononcée, le diagnostic différentiel avec l'étranglement se heurte ordinairement à de sérieuses difficultés.

Nous avons déjà plusieurs fois fait mention de **l'inflammation adhésive** dans notre étude des adhérences qui peuvent se produire dans le sac herniaire. La fréquence de ces adhérences dans les hernies non maintenues par un bandage, même chez des individus qui ont tout au plus éprouvé de temps en temps des douleurs passagères dans le sac herniaire sans jamais présenter de symptômes quelque peu graves analogues à ceux de l'étranglement; cette fréquence, disons-nous, est déjà une preuve que la péritonite adhésive qui se produit dans le sac herniaire, affecte le plus souvent une marche relativement bénigne.

Une forme d'inflammation qui a, par contre, plus d'importance, c'est la **péritonite exsudative** du sac herniaire, et particulièrement celle qui s'accompagne d'un **épanchement purulent**.

Des causes diverses sont capables de déterminer des inflammations de ce genre. Nous avons tout d'abord à mentionner sous ce rapport les processus inflammatoires qui se produisent dans un diverticule de l'intestin adhérent au sac herniaire. L'appendice vermiforme, ou un diverticule adhérent à la paroi du sac, devient alors le siège d'une inflammation qui, le plus souvent, est due à une stagnation des matières fécales ou à de petits corps étrangers restés fixés dans la muqueuse; cette inflammation offre, dans la règle, une tendance à la gangrène des tissus. Déjà avant la perforation, du pus peut se former dans le sac herniaire; peu à peu l'ulcère perfore l'intestin par gangrène et il se forme une fistule par laquelle le contenu putride de l'intestin pénètre dans le sac herniaire et y provoque une inflammation purulente ou putride; suivant que le sac est fermé ou non du côté de la cavité abdominale, il se forme alors simplement un abcès local du sac herniaire, ou bien on voit survenir une péritonite généralisée qui entraîne la mort.

Dans d'autres cas l'inflammation se développe à la suite d'un trauma, surtout naturellement lorsque ce dernier atteint une hernie non réduite. C'est ainsi qu'on a vu des symptômes inflammatoires survenir à la suite de l'application d'un mauvais bandage; mais plus souvent encore il faut accuser sous ce rapport des tentatives maladroites de taxis.

La péritonite du sac herniaire peut survenir soit dans les hernies dont l'intestin forme le contenu, soit dans les épiplocèles, et on l'a même observée dans des **sacs herniaires vides**. Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, l'épiploon offre certainement une tendance aux processus inflammatoires, et dans certains cas, la question de savoir si l'on a affaire à un étranglement ou à une inflammation de l'épiploon, ne saurait être résolue, car l'étranglement de l'épiploon peut être la conséquence du gonflement inflammatoire de ce dernier, et, d'autre part, l'étranglement entraîne presque toujours à sa suite une inflammation. On peut donc trouver une masse épiploïque gangrenée, un abcès dans l'épiploon et un épanchement purulent dans le sac herniaire, sans que l'on puisse rien affirmer de précis sur le mode de succession des phénomènes.

Dans les cas dont nous venons de faire mention, deux alternatives très importantes pour le pronostic peuvent se présenter: tantôt, en effet, la péritonite exsudative reste limitée au sac herniaire, tantôt l'inflammation se propage rapidement au péritoine, et donne lieu à une **péritonite aiguë**, offrant les mêmes caractères que celle du sac. Mais ce qu'il importe, d'autre part, de se rappeler, c'est que la tuméfaction inflammatoire des parties herniées peut provoquer ultérieurement un véritable étranglement.

Tous les chirurgiens sont unanimes à reconnaître la difficulté du dia-