

ble d'introduire un objet peu volumineux entre l'intestin et l'anneau d'étranglement. Nous avons admis néanmoins que dans un certain nombre de formes aiguës de hernie étranglée, la cause des accidents doit être cherchée dans une disproportion entre l'anneau et l'anse intestinale, tandis que dans les autres cas, les symptômes d'étranglement s'expliquent, d'une part, par la coarctation de l'intestin au niveau de l'anneau, et, d'autre part, par les conditions de réplétion de l'anse intestinale. SCARPA a déjà appelé l'attention sur la coudure de l'intestin comme cause d'occlusion, et ROSER, le premier, à la suite de son expérience classique (voir plus loin), crut devoir expliquer l'occlusion par un mécanisme de valvules, tandis que BUSCH, de son côté, après avoir modifié cette expérience, revint à l'hypothèse d'une coudure de l'intestin comme cause des phénomènes observés. Or, malgré le grand nombre de travaux publiés dans ces dernières années sur la pathogénie et l'explication physique de l'étranglement, nous n'avons pas encore sur cette question une vue aussi claire que nous pourrions le désirer, et, si dans les lignes suivantes nous avons essayé, en nous basant sur ces travaux, d'exposer la pathogénie de l'étranglement et la cause de sa persistance, nous avons parfaitement conscience de tout ce qu'il y a de défectueux dans cette tentative.

Ainsi que nous l'avons déjà rappelé plusieurs fois, il faut en tout cas distinguer deux modes de production des hernies étranglées. Dans l'un le malade, jusqu'au moment de l'étranglement, avait toujours maintenu sa hernie réduite par un bandage, ou bien il n'avait présenté jusque là aucun symptôme qui eût pu attirer son attention sur l'existence d'une hernie, puis tout à coup une anse intestinale pénètre à travers l'anneau dans le sac herniaire. Un **anneau étroit** est la condition essentielle de l'étranglement de cette hernie survenue à la suite d'un mouvement violent d'expiration. L'anneau est, en effet, trop étroit pour que l'anse intestinale puisse rentrer dans la cavité abdominale; l'intervention du médecin est le plus souvent alors nécessaire. Ce mécanisme auquel on a donné le nom d'**étranglement élastique** est surtout propre aux cas aigus avec symptômes graves. Si l'on opère la hernie peu de temps après qu'elle s'est étranglée, on devra s'attendre à trouver dans le sac herniaire une anse intestinale vide, dont la constriction se reconnaît au fait que les deux bouts supérieur et inférieur de l'anse sont également comprimés, et sont vides l'un et l'autre à leur point de contact avec l'anneau d'étranglement. Mais l'anse herniée ne reste vide et anémiée que dans les quelques rares cas déjà plusieurs fois mentionnés, dans lesquels la pression exercée sur l'artère doit être considérée comme la principale cause déterminante des phénomènes observés (§ 98). En règle générale, les effets de la constriction (des vaisseaux) ne tardent pas à se manifester dans l'anse intestinale d'abord vide. L'intestin se gonfle, et dans sa cavité, de même que dans le sac herniaire, s'épanche du mucus ou du sérum trans-

sudé; la hernie d'abord vide se remplit ainsi peu à peu, et par suite de la transsudation qui continue à s'opérer dans l'anse intestinale et le sac herniaire, elle peut arriver à un état de distension considérable. Le nombre des hernies étranglées produites par ce mécanisme est probablement bien plus faible que le nombre de celles qui appartiennent au groupe suivant. Dans ce second groupe, la hernie de l'intestin existait déjà au moment de l'étranglement, soit que le malade n'ait pas porté jusque là de bandage, soit qu'il ait une fois négligé de s'en servir; l'orifice herniaire qui est relativement plus large que dans le premier cas, laisse passer le contenu intestinal dans le bout afférent resté ouvert; l'accumulation de ces matières crée alors un certain nombre de conditions physiques et physiologiques ayant pour conséquence l'irréductibilité à un plus ou moins haut degré du contenu de l'intestin et des anses herniées elles-mêmes. Nous ferons remarquer dès maintenant que dans cette dernière forme d'incarcération, que, suivant l'ancienne dénomination, nous avons désignée sous le nom d'**engouement** ou d'**étranglement stercoral** dans le sens indiqué plus haut (§ 102), il peut survenir au bout d'un certain temps des changements physiques de nature à en faire également un étranglement élastique. Tandis qu'au début, c'est essentiellement l'état de réplétion de l'anse intestinale qui gêne la réduction de cette dernière et l'évacuation de son contenu, l'orifice herniaire n'étant rétréci que d'une façon relative, le gonflement de l'intestin qui survient dans la suite rend ce rétrécissement absolu: l'étranglement élastique vient s'ajouter à l'engouement (KOCHER).

C'est précisément cette dernière forme d'étranglement dont l'explication a coûté depuis longtemps beaucoup de peine aux chirurgiens; et depuis la première expérience classique de ROSER, elle a été bien souvent l'objet de recherches expérimentales, surtout dans ces derniers temps.

LOSSEN a élucidé par une série d'expériences le mécanisme de l'étranglement fécal ou **engouement**. Nous devons rappeler ici encore une fois (voir § 102) que l'épithète « stercoral ou fécal » ne veut pas dire que l'on ait toujours affaire dans ces cas à des masses stercorales dures, ainsi qu'on le supposait autrefois. Bien plus souvent il s'agit alors d'un contenu intestinal de nature liquide, qui par le bout supérieur ou afférent, pénètre dans l'anse comprise dans le sac herniaire. Lorsque ces matières pénètrent dans l'anse intestinale en quantité suffisante pour en amener la dilatation, il arrive tout à coup qu'elles ne peuvent plus s'échapper par le bout inférieur ou efférent, qui paraît s'être ainsi oblitéré. L'engouement en est alors la conséquence.

L'expérience élémentaire de LOSSEN sur laquelle ce dernier s'est basé pour admettre que, même dans les cas où le bout afférent est resté ouvert, il doit se produire non pas seulement une stagnation des matières fécales, mais bien un véritable étranglement fécal, cette expérience, disons-nous, consistait à faire passer une anse intestinale à tra-