

a donné lieu à un certain nombre d'insuccès et de morts dues à des péritonites septiques, des phlegmons gangréneux des bourses, du choc traumatique et même des hémorragies, donne aujourd'hui de bien meilleurs résultats. A mesure que le manuel opératoire en est mieux connu, que les chirurgiens se pénétrant davantage de la nécessité d'une antisepsie absolue, la statistique s'est améliorée et le relevé des opérations récentes donne une proportion de 75 p. 100 de succès environ.

Mais à côté du succès opératoire il faut considérer le résultat thérapeutique. Or, dans un certain nombre de cas, la cure radicale a été suivie de récurrence de la hernie. Celle-ci se fait surtout dans les premiers mois qui suivent l'opération et elle paraît plus fréquente dans les cas où la plaie opératoire a suppuré que dans ceux où le chirurgien a obtenu une guérison par première intention.

Du reste cette cure radicale opératoire ne doit être employée qu'en obéissant à certaines indications. Elle doit être proscrite dans les hernies à réduction facile et qui sont complètement maintenues par un bandage. En dehors des accidents aigus sur lesquels nous reviendrons, les deux indications de la cure radicale sont l'*incercibilité* et l'*irréductibilité*. Il est d'ailleurs indiqué de n'admettre comme irréductibles que les hernies qui auront résisté aux nombreux moyens de réduction que nous possédons aujourd'hui. A ces deux indications on peut ajouter les *douleurs exagérées* qui font de la hernie une véritable infirmité et empêchent le malade de supporter un bandage.

Nous étudierons plus loin la cure radicale consécutive à la kélotomie pour étranglement.

ARTICLE IV. — ACCIDENTS DES HERNIES.

Nous avons vu précédemment qu'un symptôme constant domine toute l'histoire des hernies simples : c'est la *réductibilité*. Tous les autres signes peuvent varier; tant que la réductibilité reste complète, la hernie est dite simple.

Sitôt, au contraire, que ce signe disparaît, la hernie est compliquée. L'irréductibilité peut être à elle seule une complication, quelle que soit la cause qui l'amène. Mais souvent aussi elle s'accompagne de symptômes graves à allure plus ou moins brusque, à marche rapide. A l'irréductibilité s'ajoutent des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, et tous ces phénomènes peuvent, dans certains cas, et si l'on n'intervient pas à temps, entraîner en peu de jours la mort du malade.

Aussi faut-il, pour tenir compte de tous les faits, de toutes les formes cliniques, diviser en plusieurs classes distinctes les accidents herniaires. Nous étudierons successivement : 1° l'*étranglement herniaire*; 2° les *pseudo-étranglements* comprenant l'*inflammation herniaire* et l'*engouement*; 3° l'*irréductibilité simple*.

On désigne sous le nom d'*étranglement herniaire*, la constriction plus ou moins forte de l'intestin dans un trajet herniaire, constriction qui gêne la circulation sanguine, arrête le cours des matières intestinales, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction et semble menacer, si elle persiste, de se terminer par une perforation ou une gangrène.

Anatomie pathologique. — L'étude anatomique de l'étranglement herniaire doit successivement comprendre : 1° l'agent d'étranglement; 2° l'état des enveloppes et du sac; 3° les lésions du contenu du sac et des viscères; 4° celles qui existent du côté de la cavité abdominale; 5° les lésions plus ou moins éloignées du siège de la hernie.

1° *De l'agent d'étranglement.* — On désigne sous ce nom l'anneau contracteur, quel qu'il soit, qui empêche la réduction des viscères

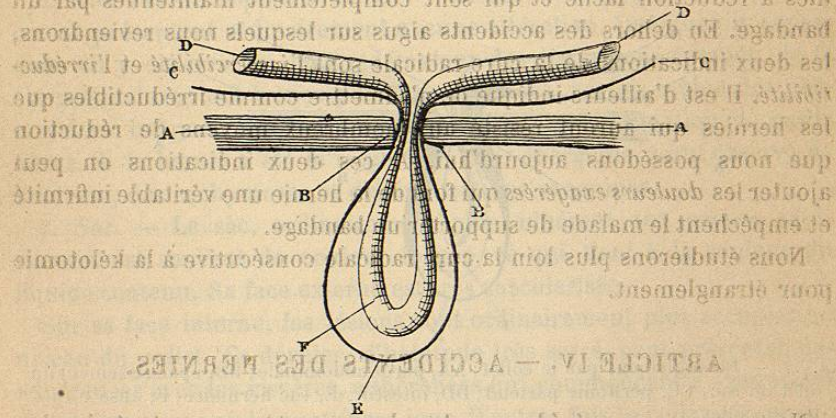


Fig. 76. — Etranglement par l'anneau; AA, paroi abdominale; BB, anneau serré sur l'anneau; CC, péritoine pariétal; DD, intestin; E, sac herniaire; F, anse dilatée en bas et étranglée en haut par l'anneau.

dans l'abdomen. Il se présente sous les aspects les plus divers. Tantôt, et le plus souvent, c'est un anneau complet, dur, inextensible, tantôt une sorte de canal étroit à parois presque rigides; tantôt un segment de cercle à bord tranchant, formant une vive arête et sur laquelle l'intestin s'oblitére en se coulant. Quelles que soient sa forme et sa consistance, les viscères sont souvent si fortement appliqués contre lui qu'on peut avoir quelque difficulté à le découvrir.

Cet agent joue dans l'étranglement un rôle passif; c'est l'intestin qui vient s'étrangler de lui-même sur lui. On a longtemps discuté sur la nature de cet agent, parce qu'au niveau de l'étranglement, anneau, collet et viscères sont si étroitement en rapport, qu'il est difficile de savoir quelle part exacte revient à chacun de ces éléments. Quoi qu'il

en soit, l'agent d'étranglement siège le plus souvent au niveau du pédicule de la hernie, quelquefois mais plus rarement dans l'intérieur du sac.

α. Quand l'étranglement siège au niveau du pédicule, il peut être causé soit par les anneaux naturels ou accidentels, soit par le collet du sac.

L'étranglement par les anneaux naturels a été tour à tour accepté par tous les chirurgiens, comme seul possible et absolument nié. Aujourd'hui, il est démontré qu'il est possible dans certains cas, mais moins fréquent que l'étranglement par le collet du sac ou bien par les anneaux accidentels. Il est hors de conteste dans les hernies récentes qui s'étranglent à leur première sortie, dans les hernies sans sac, et enfin dans les cas où la hernie étranglée a pu être guérie par la kélotomie sans ouverture du sac. Sa rareté tient à ce que, dans les hernies anciennes, ainsi que nous l'avons déjà vu, les anneaux naturels se

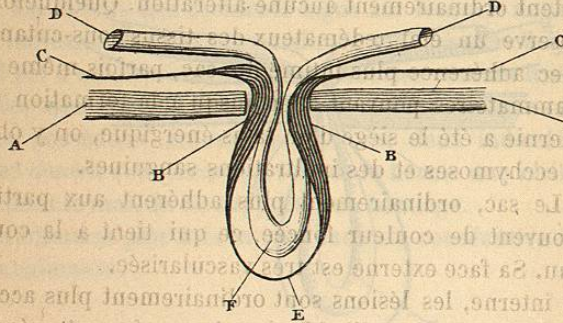


Fig. 77. — Étranglement par le collet; AA, paroi abdominale; BB, épaissement du collet du sac; CC, péritoine pariétal; DD, intestin; E, sac herniaire; F, anse étranglée au collet.

dilatent, se déforment et perdent leur résistance. Il existe encore dans les étranglements par vive arête, presque spéciaux à l'anneau crural, où l'étranglement est produit par la courbure de l'intestin sur le bord tranchant du ligament de Gimbernat.

L'étranglement par les anneaux accidentels est absolument prouvé pour les hernies crurales, les ventrales, les diaphragmatiques, les para-inguinales. Nous savons du reste qu'à la longue les orifices cellulaires accidentels se transforment peu à peu en orifices fibreux et résistants.

Dans tous les autres cas, de beaucoup les plus nombreux, où l'étranglement siège au niveau du pédicule herniaire, c'est le collet du sac qui en est la cause. Il est cependant difficile d'établir une proportion exacte entre ces trois ordres de faits.

β. Dans d'autres cas, plus rares à la vérité, c'est dans le sac lui-même qu'il faut chercher le véritable agent de l'étranglement. Il peut alors

être très variable : 1° l'intestin peut s'étrangler sur des brides fibro-celluleuses, de nature inflammatoire, réunissant deux points opposés des parois du sac; 2° l'épiploon, contenu dans la hernie, peut devenir lui aussi l'agent d'étranglement soit en formant une corde qui s'enroule autour de l'intestin, soit en lui fournissant un sac épiploïque qui l'étreint, soit en subissant une déchirure entre les lèvres de laquelle l'intestin vient s'engager; 3° le sac, quand il subit une déchirure traumatique, étrangle quelquefois l'intestin qui s'engage dans cette plaie; 4° l'intestin peut s'enrouler, se tordre et s'oblitérer dans l'intérieur du sac; 5° enfin l'intestin peut être encore étranglé par des adhérences unissant, dans le sac, deux portions de l'anse herniée. Ces deux portions s'adosent en formant un U dont les branches intimement unies forment au joint du sac un angle aigu qui oblitère la cavité intestinale. Cette variété d'étranglement, exceptionnelle, a été surtout étudiée dans ces dernières années.

2° État des enveloppes et du sac. — α. Les enveloppes extérieures du sac ne présentent ordinairement aucune altération. Quelquefois cependant on y observe un état œdémateux des tissus sous-cutanés, de la congestion avec adhérence plus intime du sac, parfois même des phénomènes inflammatoires pouvant aller jusqu'à la formation de petits abcès. Si la hernie a été le siège d'un taxis énergique, on y observe de l'œdème, des ecchymoses et des infiltrations sanguines.

β. Sac. — Le sac, ordinairement plus adhérent aux parties extérieures, est souvent de couleur foncée, ce qui tient à la couleur du liquide contenu. Sa face externe est très vascularisée.

Sur sa face interne, les lésions sont ordinairement plus accusées au niveau du collet. Ce dernier, d'habitude très serré, peut présenter des adhérences avec les viscères, adhérences qui commencent à s'organiser vers le troisième ou le quatrième jour. D'autres fois le collet est sain.

Le corps du sac est tantôt sain, tantôt le siège de lésions inflammatoires telles que dépôli, état poisseux, vascularisation, exsudats sous forme d'adhérences molles, glutineuses, capables de devenir cellulofibreuses. Dans le plus grand nombre des cas, ce sac contient du liquide, les hernies sèches, en dehors des adhérences locales, sont exceptionnelles. Ce liquide, qui peut varier de quelques gouttes à quelques centaines de grammes, est tantôt clair citrin, tantôt sombre, floconneux, parfois brun sanguinolent et même sanglant. Il devient noirâtre et mêlé de détritits et de gaz fétides dans les cas de gangrène intestinale. Enfin il a été trouvé purulent. On y a découvert la présence de microbes assez nombreux qui semblent provenir par transsudation de la cavité intestinale (Nepveu).

3° Lésions du contenu du sac et des viscères. — Il faut étudier successivement les lésions de l'intestin, du mésentère et de l'épiploon.

A. Intestin. — L'aspect de l'intestin varie suivant le degré et l'ancien-

neté de la lésion. Il est d'abord congestionné, il se vascularise, s'engorge, puis prend une teinte rouge uniforme avec tension et épaissement de ses parois. Bientôt la circulation se suspend, il devient rouge plus foncé, vineux, violet et même noirâtre. Il prend parfois un aspect marbré, dû à des suffusions sanguines interstitielles. Au moment de cette congestion intense, l'anse est tendue, élastique, ses parois sont épaisses, œdématisées. Plus tard cette anse devient molle, flétrie. Cet aspect est un signe de perforation ou de gangrène.

En même temps, la température de l'anse herniée s'abaisse, la sensibilité s'exagère et si par hasard survient de la gangrène, il se produit une fétidité qui n'existe pas en dehors de cette lésion. L'anse étranglée n'a pas d'odeur ordinairement.

Au moment où l'intestin est fortement congestionné, il existe au point où il est serré par l'agent constricteur un sillon circulaire qui porte sur le bout supérieur et le bout inférieur à leur point de réunion avec l'anse étranglée. Ce sillon devient plus marqué à mesure que dure l'étranglement : il peut persister quelque temps et même quelques jours après que l'on a levé l'étranglement.

Si les lésions sont plus avancées, il faut les étudier séparément dans le sillon d'étranglement et sur le corps de l'anse.

Au niveau du sillon. — On observe un amincissement progressif de la paroi aboutissant bientôt à des perforations. Celles-ci, annoncées parfois par un exsudat grisâtre, sont au début punctiformes, linéaires, très petites, puis plusieurs d'entre elles se réunissent et produisent une section linéaire circulaire plus ou moins étendue pouvant aboutir à la section complète de l'intestin. La section des différentes couches de l'intestin se fait presque toujours dans un ordre constant qui a été déterminé par Nicaise. Elles se détruisent dans l'ordre suivant : 1° la couche superficielle de la muqueuse ; 2° les fibres circulaires de la couche musculaire ; 3° l'enveloppe de la couche musculaire ; 4° les fibres musculaires longitudinales ; 5° la couche celluleuse et le chorion muqueux ; 6° enfin la séreuse. Cet ordre est en rapport avec la quantité et la forme des réseaux capillaires dans ces différentes couches.

Le corps de l'anse herniée présente ordinairement des lésions analogues, mais moins accentuées. La séreuse souvent saine est parfois parsemée de taches ecchymotiques et de tractus blanchâtres. Le tissu sous-séreux est œdématisé, souvent ecchymotique. La tunique musculaire, parfois pâle et amincie, est souvent infiltrée de sérosité ou de sang. Les lésions de la muqueuse sont souvent plus marquées au voisinage du bout supérieur. Elle est boursouflée et infiltrée ; sa couleur est rouge foncée, vineuse. Les villosités, les follicules clos, les plaques de Peyer sont congestionnés, œdématisés et ramollis. A sa surface on peut constater des exulcérations superficielles, mais plus souvent des fausses membranes blanchâtres, minces, peu adhérentes, qui sont d'origine

inflammatoire. Les vaisseaux dilatés et gorgés de sang au début de l'étranglement ne tardent pas à être remplis par des caillots, des thromboses. De là les accidents d'embolie que l'on a parfois constatés. Du côté des nerfs on n'a pas encore démontré l'existence de lésions appréciables.

Toutes ces lésions, si l'étranglement n'est pas levé, aboutissent à une perforation et à la gangrène.

Les perforations se produisent suivant plusieurs mécanismes. Elles sont dues quelquefois au développement d'une ulcération traversant toutes les tuniques de l'intestin, parfois à de petits abcès développés dans leur épaisseur. Mais le plus souvent elles succèdent à la gangrène de l'anse herniée. Celle-ci, qui n'est cependant pas très fréquente, est une des terminaisons normales de l'étranglement.

Elle se montre de deux façons différentes. Tantôt elle résulte de la suppression totale de la circulation et de l'innervation par suite de la constriction, c'est alors la *gangrène primitive*. Tantôt au contraire elle provient de l'affaiblissement graduel de la nutrition résultant de l'inflammation et de la gêne progressive de la circulation : c'est la *gangrène consécutive*. L'intestin gangrené est altéré dans sa couleur, sa consistance et sa structure.

La coloration est tantôt régulière, tantôt irrégulière. L'intestin est marbré. Les eschares sont grisâtres, noirâtres, souvent couleur feuilles mortes, quelquefois verdâtres. A leur niveau l'intestin a perdu son poli, et il est recouvert de fausses membranes. En même temps la gangrène exhale une odeur fétide cadavéreuse, qui diffère nettement de l'odeur stercorale. Au niveau des eschares, l'intestin est flétri, affaissé, flasque. Les tuniques sont désorganisées. La gangrène se montre tantôt par petites plaques séparées, d'étendue variable ; elle peut aussi occuper la circonférence totale de l'intestin.

Bientôt les eschares se ramollissent et se perforent, soit sur leurs bords, soit à leur centre. Lorsqu'elles sont éliminées, l'intestin est largement perforé. Son contenu communique alors avec celui du sac. Celui-ci s'enflamme à son tour. Les enveloppes extérieures s'enflament, s'abcèdent, s'ulcèrent, et la cavité intestinale communique avec l'extérieur par la formation d'une fistule stercorale ou d'un anus contre nature. Dans quelques cas restés absolument exceptionnels, on a observé la réparation spontanée de ces sphacèles, sans ouverture à l'extérieur.

Bien souvent les lésions ne se présentent pas aussi nettes que nous venons de les décrire. La coloration noirâtre ou noire n'est pas caractéristique, l'odeur particulière n'existe pas ; la consistance est ramollie ; tous les intermédiaires existent entre la congestion ou la gangrène, et le chirurgien peut être très embarrassé pour reconnaître s'il est ou non en présence d'un sphacèle. On peut essayer de voir si

les lavages à l'eau chaude produisent des mouvements vermiculaires, piquer la paroi avec un bistouri pour voir si elle est sensible ou si elle saigne. Malgré ces précautions, de nombreuses erreurs ont été commises.

Cela tient à ce que le moment d'apparition de la gangrène dans l'étranglement est très variable. La gangrène peut être très rapide, quand la constriction est très forte, et apparaître en quelques heures; cependant il est rare de la voir survenir avant le troisième jour. Mais il n'y a pas de règles à ce sujet; et la rapidité de la production du sphacèle varie aussi suivant la variété de hernie, les crurales et les ombilicales tenant la tête à ce sujet.

Enfin quand l'intestin n'est que partiellement étreint dans le pincement herniaire, la marche des lésions est particulièrement rapide, et la gangrène survient très vite.

Le contenu de l'anse herniée diffère de celui du reste de l'intestin. Les matières dures y sont très rares. Il y a peu de gaz. On y trouve ordinairement un liquide épais, muqueux, sanguinolent, trouble, de couleur grisâtre ou rouge brun et à odeur fortement fécaloïde.

B. État du mésentère et de l'épiploon. — Si l'intestin est accompagné d'épiploon, ses lésions sont moins rapides et moins profondes que dans l'entéro-épiplocèle. L'épiploon joue alors le rôle d'un coussin protecteur.

Le mésentère est souvent épaissi, congestionné et infiltré de sang; il est recouvert parfois d'exsudats et de fausses membranes. Ses vaisseaux sont souvent thrombosés et remplis de pus.

Épiploon. — Il est plus rouge qu'à l'état normal, il prend une teinte bleuâtre. On y observe un œdème assez marqué et des thromboses vasculaires surtout veineuses. On trouve quelquefois un gonflement en masse, résultat du travail inflammatoire et des adhérences qui peuvent devenir consistantes, accoler les replis épiploïques et devenir fibreux. Quelquefois l'épiploon lui-même peut être sphacélé; mais cette lésion est rare. Il n'est aussi que très rarement le siège de suppuration.

4° Lésions qui existent du côté de la cavité abdominale. — Elles sont différentes suivant que l'intestin a été réduit ou ne l'a pas été.

a. Quand la réduction n'a pas été faite, on trouve des lésions sur l'intestin au-dessus et au-dessous de la hernie et sur le péritoine.

Sur l'intestin les lésions sont plus accentuées au niveau du bout supérieur. Il est dilaté, distendu par les matières intestinales et surtout par les gaz. Il est rouge, ses parois légèrement épaissies ou amincies, sa muqueuse est congestionnée. La séreuse qui le recouvre est légèrement enflammée.

Le bout inférieur est resserré, revenu sur lui-même. Il est très injecté. Sa muqueuse est souvent recouverte de plaques grisâtres, de fausses membranes, quelquefois ecchymosée. Sa séreuse est épaissie.

Quelquefois sur le bout supérieur on trouve une petite perforation au-dessus du sillon d'étranglement.

Le péritoine est tantôt sain, tantôt altéré. Dans ce dernier cas, il y a souvent une péritonite localisée, limitée au voisinage de la région herniaire et aux anses les plus rapprochées; il y a là une masse d'adhérences plus ou moins organisées et résistantes, capables de protéger le ventre contre un épanchement stercoral si une perforation survient. D'autres fois il y a une péritonite généralisée soit par propagation, soit par perforation.

β. Si l'intestin a été réduit soit par le taxis, soit par la kélotomie, l'aspect est différent. L'anse étranglée garde une coloration plus foncée que le reste de l'intestin, et le sillon d'étranglement y demeure apparent pendant un temps relativement assez long. Elle reste, le plus souvent, au voisinage de l'anneau; quelquefois, au contraire, elle s'éloigne plus ou moins de cette région et peut alors contracter des adhérences et des rapports anormaux. Du côté du péritoine on trouve de la péritonite adhésive, ordinairement limitée au pourtour de l'anneau. Parfois, surtout si la hernie a été opérée, il existe une péritonite généralisée avec ou sans épanchement purulent. On constate aussi, dans quelques cas, cette forme particulière de péritonite, étudiée dans ces dernières années sous le nom de *péritonite septique*, qui se révèle par une vascularisation relativement légère de la séreuse n'existant que par places, et par la présence d'un épanchement séreux ou rougeâtre, louche, variant de quelques grammes à 1 ou 2 litres. Ce liquide contient un grand nombre de microbes de formes différentes.

Enfin, longtemps après l'étranglement, il peut exister sur l'intestin des lésions tardives. Ce sont des rétrécissements siégeant soit au niveau du sillon d'étranglement, soit sur l'anse elle-même. Dans les cas d'adhérences en forme d'U des deux moitiés de l'anse herniée, la branche inférieure arrive souvent à se rétrécir considérablement ainsi que l'a démontré Nicaise.

5° Lésions éloignées. — Dans certains cas, les lésions capables d'expliquer la mort se trouvent dans des organes éloignés et la cavité abdominale est saine. En première ligne il faut noter la congestion pulmonaire, signalée par Verneuil, qui peut être plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, plus ou moins intense, touchant quelquefois même à la pneumonie et à l'apoplexie pulmonaire. On a noté aussi des congestions rénales intenses.

Dans quelques rares cas, on a observé des lésions importantes d'ordre circulatoire, des thromboses et des embolies des gros vaisseaux, et même des embolies et des hémorragies cérébrales. Ces phénomènes sont encore peu connus et mal expliqués.

L'étranglement se révèle par un certain nombre de symptômes locaux existant au niveau de la tumeur ou du côté du ventre, et par des phénomènes généraux.

A. Du côté de la tumeur. — La hernie est ordinairement légèrement augmentée de volume. La peau paraît saine, un peu distendue, et amincie; quelquefois, surtout après les tentatives de réduction, il y a un peu d'œdème et quelques ecchymoses. En même temps la hernie est plus consistante; elle est dure, tendue, surtout au niveau du pédicule. Dans quelques cas, principalement dans les grosses hernies, on trouve une certaine fluctuation. A la percussion, la sonorité est très diminuée, au moins au niveau du corps de la hernie, elle est affaiblie mais existe au niveau du pédicule. Enfin, symptôme fondamental, la hernie devient irréductible. Souvent même l'irréductibilité est le premier signe de l'étranglement et coïncide avec une augmentation de volume; cette irréductibilité est absolue.

Tous ces phénomènes s'accompagnent d'une douleur très intense, spontanée, siégeant dans la hernie, plus accentuée au niveau du pédicule, et s'accompagnant d'irradiations très douloureuses dans l'abdomen. Son degré est variable suivant les cas, mais toujours elle est exagérée par la moindre palpation et la moindre pression.

B. Symptômes du côté de l'abdomen. — Du côté du tube digestif, il existe deux symptômes qui ne font, pour ainsi dire, jamais défaut : les vomissements et la constipation.

Les vomissements, ordinairement précédés de nausées, se montrent tantôt au début, tantôt beaucoup plus tard. Souvent fréquents et continus, ils peuvent au bout de quelques heures disparaître pour ne revenir que quelques jours plus tard. Quelquefois ils se montrent tardivement, et par exception ils peuvent pour ainsi dire manquer (dans certaines hernies crurales). Les matières vomies sont d'abord alimentaires, puis deviennent muqueuses et ensuite biliéuses. Cet état persiste jusqu'au troisième jour environ, quelquefois un peu plus. A ce moment, les vomissements deviennent jaunâtres, formés d'un liquide épais, mal lié, contenant des parcelles alimentaires et des flocons verdâtres. Puis, peu à peu, ils deviennent plus foncés, prennent une odeur fade et repoussante, rappelant tantôt celle des matières putréfiées, tantôt l'odeur des matières fécales. Ces sont les vomissements fécaloïdes qui, quand ils existent, sont un symptôme pathognomonique de l'obstruction du tube intestinal. En même temps, les malades ont des éructations pénibles, un hoquet souvent très persistant, mais toujours d'apparition tardive. Enfin, à la période ultime, les vomissements font place à des régurgitations sans efforts qui annoncent une fin prochaine.

La constipation qui, avec les vomissements et l'irréductibilité, forme la triade symptomatique importante de l'étranglement, ne s'établit pas souvent d'emblée. Au début, souvent les malades vont une ou plusieurs fois à la garde-robe; ils voient le bout inférieur de leur intestin suivant l'expression consacrée. Il faut savoir en outre si, en présence de leur constipation, ils n'ont pas provoqué des évacuations à l'aide de lavements. A part ces quelques cas, la constipation est complète ordinairement au bout de vingt-quatre heures. Après ce temps il n'y a plus ni évacuation alvine ni même émission de gaz. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, la constipation peut faire défaut et être remplacée par une véritable diarrhée. On a cru que cela tenait à l'existence d'un pincement herniaire. C'est une erreur, car comme ailleurs la constipation absolue est la règle. Ces diarrhées, quand elles existent, tiennent à des hypersécrétions muco-séreuses du bout inférieur de l'intestin.

Quant à l'absence d'émission de gaz, elle paraît être plus constante que la constipation. Certains auteurs la regardent comme pathognomonique de l'étranglement. Ce signe n'a cependant pas une valeur absolue.

Les parois abdominales ont, au début, leur aspect habituel. Vers le troisième ou le quatrième jour se montre du ballonnement; la distension abdominale est d'abord inégale, mais elle se généralise très rapidement. On constate, en outre, une certaine matité au voisinage du pédicule. Nous avons déjà parlé des irradiations douloureuses qui ne tardent pas à envahir tout le ventre sous forme de coliques.

C. Symptômes généraux. — Les symptômes généraux sont variables suivant les formes cliniques de l'étranglement. Quelquefois dès le début le malade ressent une anxiété et un malaise spécial, parfois il existe de la fièvre, mais elle est très rare, car ordinairement l'étranglement parcourt toutes ses périodes sans fièvre.

Le plus souvent, les phénomènes généraux n'apparaissent que vers le troisième ou le quatrième jour. Le visage devient alors grippé. Les yeux semblent excavés, les pommettes saillantes, le nez effilé, les lèvres et le bout du nez se refroidissent, la peau a une teinte grisâtre et terreuse. Cet aspect est désigné du nom de faciès abdominal. Sur tout le corps la peau est gris jaunâtre, elle a perdu un peu de son élasticité, elle est souvent recouverte d'une sueur visqueuse.

En même temps les grandes fonctions se modifient.

Du côté de la circulation, abaissement appréciable de la tension artérielle. Le pouls, d'abord calme, s'accélère bientôt et perd de sa force. Il devient petit, dépressible et précipité. Le malade se refroidit. Le refroidissement porte d'abord sur les extrémités et le nez, mais se généralise ensuite. Souvent même il coïncide avec un affaiblissement marqué du cœur, et un certain degré de cyanose. Tous ces phénomènes sont portés au maximum dans la forme clinique désignée sous le nom