

de *choléra herniaire*. L'algidité peut alors être très marquée, et la température descend très bas.

La *respiration* est plus tardivement troublée que la circulation. Elle devient peu à peu anxieuse, petite et précipitée : les inspirations atteignent 30 à 40 par minute. Enfin quelquefois existent des congestions pulmonaires qui se manifestent par leurs signes habituels.

La *sécrétion urinaire* est ordinairement diminuée. Cette diminution peut même, dans certains cas, aller jusqu'à la suppression totale, à l'anurie. Cependant, d'ordinaire elle n'est pas très considérable. On a signalé en outre des altérations du liquide urinaire, et principalement de l'albuminurie (Englisch) et de la glycosurie (Vincent). La fréquence réelle et l'importance de ces deux symptômes ne sont pas encore complètement établies.

On a signalé en outre des *troubles nerveux* dont quelques-uns sont constants, tandis que les autres ne se montrent que dans les formes graves de l'étranglement. L'algidité, la cyanose, les oliguries et l'anurie peuvent être rangées parmi ces signes, avec des crampes, des contractures, des accidents convulsifs, du coma et même du délire. Ces derniers signes peuvent être considérés comme des phénomènes insolites de l'étranglement.

#### B. — Variétés et types cliniques de l'étranglement.

Tous les signes que nous venons de passer en revue sont susceptibles de varier dans leur forme, le moment de leur apparition et leur marche; quelques-uns même peuvent faire défaut. Nous avons indiqué, chemin faisant, les variations de la douleur, des vomissements, de la constipation, etc. De là des types cliniques variables à l'infini suivant les différences de groupement des symptômes. Nous ne pouvons les décrire en détail. Cependant, il est certains types adoptés que nous devons indiquer, ce sont : l'étranglement aigu, l'étranglement chronique, l'étranglement spasmodique et le choléra herniaire.

L'*étranglement dit aigu* est celui dans lequel les phénomènes sont très intenses. La douleur est très vive et envahit rapidement tout le ventre, les vomissements très précoces deviennent très vite fécaloïdes. On voit survenir du hoquet et des éructations fréquentes. Le ballonnement du ventre est très marqué, le faciès se grippe en quelques heures. Tous ces phénomènes apparaissent entre trente-six et soixante heures. Cette forme s'observe surtout dans les petites hernies à issue récente, à étranglement très serré.

L'*étranglement chronique*, qui serait mieux appelé *latent*, est ordinairement très insidieux. Au début, pas de douleurs; les vomissements sont alimentaires, quelquefois bilieux, ne deviennent fécaloïdes que très tard, parfois jamais. Les phénomènes généraux et sympathiques man-

quent. Ni altération des traits ni dépression du faciès. Pas de troubles respiratoires ni circulatoires. Tous ces signes restent assez vagues et l'on peut voir survenir une gangrène intestinale alors qu'on se demande encore s'il y a véritablement étranglement. Cette forme s'observe surtout sur les hernies vieilles et volumineuses, souvent en partie irréductibles depuis longtemps.

Ces différences de marche ne s'expliquent pas facilement. Le degré de contraction n'y est pour rien, peut-être le tempérament plus ou moins nerveux du malade peut-il entrer en ligne de compte.

L'*étranglement dit spasmodique* désigne un étranglement à forme rémittente, et comme marche les symptômes paraissent tenir le milieu entre les deux types précédents. Après une période de début où tous les signes se montrent avec une grande intensité, tout s'apaise. La douleur et le ballonnement diminuent, les vomissements cessent. Puis brusquement, au bout de quelque temps de repos, tous ces phénomènes se reproduisent avec une intensité considérable et l'on peut ainsi constater plusieurs alternatives d'aggravation et de rémission. De là des erreurs capables d'amener, de la part du chirurgien, une inaction souvent funeste au malade.

Enfin, parmi les nombreuses formes insolites de l'étranglement il faut faire une place au *choléra herniaire*. Il n'est pas rare en effet de voir les phénomènes généraux de l'étranglement revêtir un aspect cholérique. Dans ces cas l'algidité et la cyanose s'accroissent; la peau perd son élasticité, la voix est éteinte, les urines presque supprimées. Si à ces phénomènes s'ajoutent des crampes et de la diarrhée, le malade ressemble tout à fait à un cholérique. Cette diarrhée, nous l'avons vu, est due à une hypersécrétion séreuse de la muqueuse du bout inférieur. Les selles sont décolorées, séreuses et abondantes. Le thermomètre descend jusqu'à 36 et même 35 degrés. Cet abaissement de la température est continu dans certains cas même après que l'étranglement a été levé par la kélotomie. Souvent alors avec cette algidité coïncide la congestion pulmonaire. Les phénomènes nerveux, surtout accentués dans cette forme, consistent en crampes et en contractures.

Les crampes sont rares, toujours très douloureuses, le plus souvent continues, mais parfois rémittentes, elles siègent plus souvent aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Les contractures sont moins fréquentes encore; on les a constatées sous forme de contractions toniques des muscles fléchisseurs, de contractures épileptiformes, on observe encore quelquefois du délire, de l'agitation nerveuse et même du coma. Cette forme d'un pronostic toujours très grave semble, le plus souvent, correspondre à un étranglement très serré. Elle n'est pas cependant toujours mortelle, comme le croyaient les premiers observateurs qui l'ont signalée.

## C. — Terminaisons de l'étranglement.

Abandonné à lui-même, l'étranglement peut quelquefois guérir, mais le plus souvent il amène la mort du malade.

La guérison se produit soit par la réduction spontanée de la hernie, soit par la formation d'un anus contre nature ou d'une fistule stercorale.

La réduction spontanée est absolument exceptionnelle. Dans ce cas les phénomènes se calment peu à peu, il se produit une sorte de rémission prolongée s'accompagnant de la diminution, puis de la réduction de la tumeur herniaire.

D'autres fois la guérison se produit par la formation d'un anus contre nature ou d'une fistule stercorale. Cette terminaison relativement heureuse ne peut se faire que s'il existe au moment de la perforation intestinale des adhérences péritonéales péri-herniaires assez solides pour empêcher un épanchement péritonéal de matières fécales. Voici comment elle se montre : du troisième au cinquième jour, souvent plus tôt, mais aussi plus tard, la tumeur herniaire devient plus rouge, plus chaude, elle est le siège d'un empâtement œdémateux. La douleur locale diminue. La hernie est moins tendue, elle donne une sensation de clapotement, de gargouillement indiquant dans son intérieur un mélange de liquide et de gaz. A la percussion, sonorité exagérée, et souvent un certain degré d'emphysème du tissu sous-cutané. Bientôt la peau s'amincit, la fluctuation devient manifeste, l'abcès stercoral est formé.

Si l'on n'intervient pas, bientôt apparaissent des phlyctènes et des taches de gangrène plus ou moins étendues. Bientôt la peau se perforé et donne issue à un flot de liquide composé de pus fétide mélangé à des gaz et à des matières intestinales, à des lambeaux d'intestin et de tissu cellulaire mortifié. Puis, au bout de quelques jours, la suppuration diminue, la plaie se déterge et elle ne laisse plus écouler qu'une petite quantité de pus et une quantité plus ou moins abondante de matières intestinales, très variable du reste comme qualité suivant le point du tube intestinal où a porté la perforation et comme quantité suivant la forme et la disposition de l'ouverture. A ce moment l'anus contre nature est établi et les phénomènes de l'étranglement ont disparu (Voir *Anus contre nature*).

Ces terminaisons heureuses sont relativement rares : le chirurgien doit les considérer comme exceptionnelles. Le plus souvent l'étranglement se termine par la mort ; mais il n'est pas toujours facile d'expliquer le mécanisme de cette mort : il existe à ce sujet plusieurs théories.

Dans un assez grand nombre de cas, la mort est due à la *péritonite généralisée*. Celle-ci peut survenir de deux façons : par propagation inflammatoire ou par perforation intestinale. Dans le premier cas, les

adhérences inflammatoires de la région herniaire n'ont pas été suffisantes pour produire une barrière efficace, et l'inflammation, soit avant, soit après la gangrène de l'anse s'est propagée de place en place et a envahi toute la cavité abdominale.

Dans le second groupe de faits, la perforation intestinale survenue avant la formation des adhérences s'est produite au niveau du sillon d'étranglement ou au delà, et il y a eu épanchement stercoral dans l'abdomen. Quelquefois elle est encore produite par une perforation tardive de l'anse après sa réduction. Dans ces cas la marche des accidents est très rapide et le malade emporté en quelques heures.

Dans les cas où, sans péritonite, le malade paraît avoir succombé à l'aggravation lente et graduelle des phénomènes généraux, l'explication de cette mort est plus difficile.

La théorie ancienne de la mort par épuisement nerveux est aujourd'hui complètement repoussée. Pour les uns, la terminaison fatale serait due à une sorte de septicémie intestinale (Humbert), une sorte de coprohémie (Canac), ou bien même de la septicémie péritonéale. Pour d'autres, la mort serait alors expliquée par des lésions viscérales plus localisées ; par la congestion pulmonaire (Verneuil), par les troubles de la sécrétion urinaire aboutissant à de l'urémie, enfin par les troubles profonds du système nerveux. Il n'y a là qu'une série d'hypothèses encore incomplètement démontrées et sur lesquelles nous ne pouvons insister davantage.

## D. — Causes et pathogénie de l'étranglement.

Les causes de l'étranglement sont occasionnelles ou prédisposantes.

α. *Prédisposantes, âge*. — L'étranglement est beaucoup plus fréquent dans l'âge adulte que chez les enfants chez lesquels il est exceptionnel, ou chez les vieillards dont les tissus sont relâchés et les anneaux dilatés.

*Sexe*. — Il serait plus fréquent chez la femme. Cette fréquence paraît tenir à la prédominance, chez celle-ci, des hernies crurales plus exposées que les autres variétés à cet accident.

On a placé au nombre des causes prédisposantes les écarts de régime et les troubles intestinaux habituels. Enfin il faut noter aussi les modifications des anneaux et des collets. Les hernies ordinairement petites et bien maintenues, dont les anneaux sont rigides et peu dilatés, dont les collets sont bien développés et complets, sont plus susceptibles que les autres de s'étrangler si leur contention habituelle cesse d'être maintenue.

β. *Occasionnelles*. — Ce sont les mêmes que celles des hernies : les efforts violents et répétés, les positions forcées, les coups, les chutes, etc.

*Mécanisme de l'étranglement*. — Le fait primitif dans l'étranglement est un phénomène mécanique. L'intestin se trouve brusquement saisi,

étréint par un anneau qui l'étrangle. Mais comment se produit cette constriction? On ne peut admettre l'ancienne théorie de l'étranglement élastique, dans laquelle l'intestin descendant en plus grande quantité dans l'anneau force un anneau qui revenant sur lui-même étrangle un pédicule devenu plus gros : nous savons en effet que ni les anneaux ni les collets ne sont élastiques.

On a reproduit expérimentalement l'étranglement en répétant une expérience restée célèbre : l'expérience de O. Birne. Voici en quoi elle consiste : dans un carton épais de 3 millimètres, on fait un trou de la largeur d'une pièce de 50 centimes et on y introduit une anse intestinale ; si l'on insuffle alors brusquement cette anse intestinale par une de ses extrémités, elle devient aussitôt irréductible et étranglée. Mais l'étranglement n'est pas produit par la présence du gaz dans l'anse herniée ; car une insufflation lente permet le passage de l'air sans produire l'irréductibilité.

L'explication de cet étranglement a donné naissance à de nombreuses théories. Pour Roser l'irréductibilité serait due au relèvement des valvules conniventes et des plis de la paroi formant soupape, et fermant la route au contenu de l'intestin. Pour Busch, elle serait due à une couture à angle plus ou moins aigu du bout inférieur au sortir du pédicule formé par l'anneau constricteur. Herman Lossen croit au contraire que le bout supérieur dilaté comprime le bout inférieur dans l'anneau et en détermine l'occlusion. Les deux dernières théories ne rendent pas compte de la manière dont se ferme à son tour le bout supérieur.

Le mécanisme de l'étranglement est plus complexe. Il comprend, d'après Berger, d'abord l'occlusion du bout inférieur par le bout supérieur dilaté, ensuite l'attraction dans la hernie, grâce à la tension de l'anse herniée, des portions plus considérables d'intestin et de mésentère, et par suite, l'existence d'un véritable coin mésentérique à base tournée vers l'intestin, à sommet dirigé vers l'abdomen qui, en cherchant à revenir dans le ventre en vertu de son élasticité, détermine l'occlusion complète du bout supérieur et de l'inférieur.

Cette explication de Berger a été confirmée par les expériences de Korteweg. Du reste cette théorie ne rend nullement compte de l'étranglement dans le pincement herniaire.

D'ailleurs, pour comprendre le véritable mécanisme de l'étranglement il faut tenir compte d'une série de phénomènes dynamiques qui sont comme la réaction physiologique de l'intestin saisi, et qui augmentent le degré de stricture et l'irréductibilité.

Une fois comprimé, l'intestin se vascularise, se congestionne. Sous cette influence, sa paroi s'épaissit, s'œdématie. Il se fait une inflammation locale qui aboutit à des fausses membranes et aux lésions de la séreuse. Le gonflement œdémateux et congestif, que permet l'existence du sillon

d'étranglement, entraîne la sécrétion de liquide intestinal dans l'anse, et aussi l'exagération de liquide dans le sac. Le mésentère et l'épiploon sont eux aussi œdémateux, congestionnés, épaissis et finalement enflammés. Tous ces phénomènes expliquent aussi les lésions inflammatoires au niveau du pédicule, des collets et des anneaux.

Enfin la douleur résultant de ces phénomènes provoque une tension des muscles abdominaux qui exagère encore la pression intra-abdominale.

Donc, au début de l'étranglement, phénomènes purement mécaniques de constriction et d'obstruction intestinales, les phénomènes inflammatoires réactionnels n'en sont que la conséquence, contrairement à ce que l'on a cru autrefois. La cessation de tous les accidents sitôt que l'obstacle est levé est la meilleure preuve que ce ne sont pas ces phénomènes inflammatoires qui amènent l'étranglement.

#### E. — Pseudo-étranglement.

On a désigné sous le nom de pseudo-étranglements une série d'accidents dont les signes se rapprochent beaucoup de ceux de l'étranglement, mais avec une marche plus lente. Aujourd'hui il est démontré que la plupart de ces faits doivent être rapportés à l'étranglement. On les a désignés sous le nom d'engouement et d'inflammation herniaire.

1° *Engouement*. — On doit entendre par ce mot l'obstruction de l'intestin par des matières solides.

Le fait est démontré aujourd'hui dans certaines formes d'étranglement à marche lente et portant surtout sur le gros intestin ; comme aussi on peut le trouver dans un certain nombre de cas d'accumulation de corps étrangers, noyaux de fruits, os de poulets, paquets d'ascarides, etc., dans une anse herniée ; cette obstruction mécanique peut être tantôt la cause d'un étranglement, tantôt au contraire l'origine d'un abcès stercoral. Mais, dans tous ces cas, l'engouement solide ne peut jamais être, à lui seul, un accident se révélant par des symptômes particuliers et propres. Il y a soit étranglement, soit phlegmon hernieux. Il n'y a donc pas lieu de décrire l'engouement comme un accident des hernies.

2° *Inflammation herniaire*. — On désigne sous le nom d'inflammation herniaire ou de péritonite herniaire l'inflammation aiguë du sac et des viscères qui y sont contenus.

L'existence des lésions inflammatoires dans les hernies est absolument hors de doute ; mais la plupart des faits cliniques attribués à cette inflammation, doivent ressortir de l'étranglement, et ont trait à des formes cliniques insidieuses et à marche lente. Nous devons seulement admettre que la péritonite herniaire existe, et qu'elle peut compliquer l'étranglement, parfois même le déterminer ou l'exagérer. Mais il n'y a pas de pseudo-étranglements.

**Étiologie.** — Parmi les causes de l'étranglement nous devons signaler les traumatismes, tels que contusions, coups, chutes, projectiles qui peuvent agir sur les viscères contenus dans une hernie. Il faut noter aussi la pression des bandages appliqués surtout sur des hernies en partie irréductibles ou mal réduites. Cette cause est une des plus fréquentes.

Signalons aussi, comme nous venons de le voir, la présence dans la hernie de corps étrangers, d'origine alimentaire surtout, qui irritent l'intestin, l'enflamment et peuvent en amener la perforation.

**Anatomie pathologique.** — Nous ne reviendrons pas sur les lésions inflammatoires de l'intestin suffisamment décrites plus haut : rougeur, vascularisation intestinale, épanchement liquide dans le sac, lésions de la séreuse; ni sur la gangrène qui est tantôt d'origine mécanique, tantôt l'aboutissant des lésions inflammatoires. Mais nous devons décrire ici les adhérences qui sont toujours le résultat d'une péritonite herniaire soit ancienne, soit récente.

Nous devons d'abord éliminer les adhérences dites *par glissement*, disposition spéciale du sac dans les hernies du cæcum ou de l'S iliaque et résultant d'un rapport spécial du court méso de ces organes.

Nous n'avons à étudier ici que les adhérences inflammatoires. On les a divisées en *fausses* et *vraies*, suivant leur degré d'organisation.

Les premières présentent le premier degré de l'organisation de l'exsudat fibrineux inflammatoire. Ce sont les adhérences molles gélatineuses, pseudo-membraneuses, friables, dont la couleur varie du gris jaunâtre au rouge brun; semblables à de la glu, elles sont détruites facilement par le doigt. Elles sont formées de fibrine en fibrilles ou en lames, avec des capillaires à parois embryonnaires, entourés de tissu embryonnaire.

Peu à peu ces éléments se développent; les éléments conjonctifs apparaissent et forment bientôt un tissu cellulaire jeune ayant toutes les propriétés du tissu de cicatrice. Puis l'évolution aboutit à la formation de brides ou membranes cellulo-fibreuses. Ce sont les adhérences vraies. Elles peuvent successivement unir les anses intestinales entre elles, l'intestin avec l'épiploon ou le sac, et surtout l'épiploon avec le sac. Elles sont tantôt lâches, tantôt serrées.

Les adhérences lâches sont de véritables membranes ou des brides, contenant des vaisseaux et s'élargissant vers les points d'implantation. Les adhérences courtes, au contraire, sont comme une sorte de ligament maintenant les parties presque en contact immédiat. Leurs dispositions sont variables à l'infini. Parmi celles-ci nous noterons à part celles qui maintiennent en forme d'U les deux moitiés de l'anse herniée.

**Symptômes.** — L'inflammation herniaire a une marche différente suivant qu'il s'agit d'une épiplocèle ou d'un entéro-épiplocèle.

L'épiploite pure se révèle par une série de signes assez nets. La hernie devient plus volumineuse, douloureuse, irréductible. La peau est chaude,

elle rougit, le tissu sous-cutané s'œdématie. L'état du ventre est peu modifié. Souvent il peut y avoir de la constipation, du ballonnement du ventre, des nausées et des vomissements. Mais la constipation est moins absolue que dans l'étranglement, l'émission des gaz n'est pas supprimée. Le ballonnement manque souvent ou est peu marqué. Les vomissements sont alimentaires, muqueux ou bilieux. L'état général est ordinairement sain, quelquefois un peu de fièvre.

Tous les accidents diminuent d'habitude au bout de trois ou quatre jours. La tumeur commence à s'affaisser, et tout rentre dans l'ordre au bout de douze à quinze jours. Cependant, quelquefois, l'épiploite se termine par suppuration. Elle est annoncée par de la rougeur plus vive, du gonflement, de la fluctuation et l'abcès s'ouvre en une quinzaine de jours environ. Quelquefois aussi la péritonite peut franchir le collet et donner naissance à une péritonite généralisée.

Quand l'inflammation atteint une entéro-épiplocèle, elle ne revêt pas, en dehors de l'étranglement, des caractères bien nets. Le plus souvent, il y a un travail inflammatoire lent et torpide aboutissant à la formation d'adhérences sans donner naissance à des symptômes accusés. Quelquefois la hernie est un peu douloureuse, un peu plus tendue; quelques coliques et une constipation légère se montrent. La réduction devient un peu plus difficile. Mais, ce sont là aussi, souvent, les signes de début d'un étranglement à forme lente.

**F. — Hernies simplement irréductibles.**

L'irréductibilité simple des entéroécèles ou des entéro-épiplocèles peut tenir à deux causes : un excès de volume des parties herniées ou l'existence d'adhérences anciennes.

L'excès de volume s'observe dans une catégorie de tumeurs herniaires anciennes, peu ou pas maintenues, qui ont acquis peu à peu des dimensions énormes et sont formées par une grande partie du tube intestinal. Elles ne rentrent pas, ou si elles rentrent, ne peuvent être maintenues. On dit qu'elles ont perdu droit de domicile dans l'abdomen. Elles sont ordinairement incoercibles et en même temps irréductibles, au moins partiellement. Si l'on essaye de les réduire, à mesure que l'on fait rentrer certaines parties, il en ressort d'autres, parce que la cavité abdominale, rétrécie à la longue, n'est plus capable de contenir toute la masse intestinale.

Dans d'autres cas, l'excès de volume est dû à l'hypertrophie de certaines parties qui augmentent de volume dans le sac : franges épiploïques et épiploon surtout.

Quant à l'irréductibilité par adhérences, elle est due soit à des adhérences inflammatoires, soit à l'adhérence par glissement.

Dans ce dernier cas, le mot par glissement n'est pas exact, il s'agit de

hernies du cæcum ou de l'S iliaque, avec un sac incomplet ou pas de sac, dont le court méso, anormalement disposé, adhère au tissu cellulaire voisin et empêche la réduction des viscères.

Nous venons d'étudier précédemment les adhérences inflammatoires, nous n'y reviendrons pas. Elles siègent tantôt dans le sac, tantôt au niveau du collet. Dans ce cas, le sac est ordinairement épaissi : l'intestin est altéré, épaissi, déformé surtout ; il peut même y avoir, par places, des rétrécissements plus ou moins marqués.

Les hernies irréductibles sont ordinairement très volumineuses, irrégulières et bosselées. Au toucher, elles sont peu tendues, rénitentes et peu sensibles. Leur consistance varie suivant leur contenu. On trouve l'anneau herniaire notablement élargi, et si, la hernie prise à pleine main, on fait tousser le malade, on sent une impulsion pareille à celle que l'on éprouve avec une hernie réductible ; mais si l'on essaye de réduire la hernie, elle résiste aux efforts, soit totalement, soit partiellement. Le plus souvent, si le chirurgien réussit à faire rentrer quelques portions, en même temps il en ressort d'autres ; la hernie est alors incoercible dans ses parties réductibles. Du reste, si on peut faire rentrer une partie de l'intestin hernié, il se réduit avec son gargouillement habituel.

Enfin, il ne faut admettre l'irréductibilité que si la hernie résiste à toutes les tentatives telles que des séances répétées et longues de taxis, le repos au lit, la compression prolongée, etc. Car souvent par ces moyens on réussit au bout d'un certain temps pouvant aller jusqu'à trente et cinquante jours et même plus, à faire rentrer des hernies adhérentes que l'on avait jusque-là crues irréductibles.

Ces hernies irréductibles provoquent souvent des troubles fonctionnels : gêne résultant du poids de la tumeur, douleurs sourdes, tiraillements, coliques et même des troubles digestifs. Tous ces accidents sont du reste inconstants et parfois très légers.

Enfin, les hernies adhérentes sont sujettes à des accidents qui peuvent être tantôt légers, tantôt graves. Les accidents légers se montrent à des intervalles plus ou moins éloignés : ce sont des douleurs avec gonflement de la hernie, des nausées et même des vomissements. Ils disparaissent assez facilement. Les accidents graves se présentent tantôt sous une forme aiguë qui correspond à l'étranglement et en présente tous les symptômes ; tantôt sous une forme subaiguë, forme insidieuse d'un étranglement à marche lente dû à un obstacle intrasacculaire, formé par des adhérences ou des orifices anormaux.

*Diagnostic des accidents herniaires.* — Le diagnostic de l'irréductibilité simple est des plus faciles et il est inutile d'y insister. La seule condition, pour éviter toute erreur, est de n'admettre comme véritablement irréductibles que les hernies qui auront résisté à tous les moyens de réduction, après des essais prolongés.

L'étranglement est, lui aussi, d'un diagnostic aisé, dans les cas où le tableau de ses symptômes est assez complet. Mais dans les cas à marche insidieuse et lente, où certains signes importants manquent, des erreurs peuvent être commises.

On peut alors, soit croire à un étranglement qui n'existe pas, soit au contraire, ce qui est plus grave, méconnaître cet accident quand il existe.

Certaines affections, coïncidant avec une hernie irréductible, peuvent présenter des symptômes qui ressemblent à ceux d'un étranglement. Ce sont surtout la péritonite et l'étranglement externe. Dans le premier cas la fièvre, la nature des vomissements, la marche des phénomènes et l'examen attentif des signes locaux permettent un diagnostic exact. Dans l'étranglement interne, c'est surtout l'analyse détaillée des phénomènes locaux de la région herniaire, qui évitera au chirurgien toute erreur.

On peut encore confondre une hernie étranglée avec une série de tumeurs siégeant aux régions herniaires, irréductibles et s'accompagnant de certains phénomènes généraux, comme les testicules enflammés ou ectopie inguinale, les kystes enflammés du cordon, certaines adénites, les funiculites, des néoplasmes, etc.

Dans tous ces cas l'examen détaillé des signes locaux, des commémoratifs, des lésions et des signes concomitants permettront de rejeter l'idée d'un étranglement.

Dans les cas douteux, il vaudrait mieux faire une kélotomie inutile, que méconnaître un étranglement.

Cette dernière erreur est possible cependant et peut se commettre de deux façons. Le chirurgien, en présence de symptômes graves, peut méconnaître une hernie ; d'autres fois, en établissant la corrélation qui existe entre une hernie reconnue et les accidents observés, il peut les attribuer à autre chose qu'un étranglement.

Un examen très minutieux de toutes les régions herniaires permet d'éviter la première erreur.

La seconde ne peut se commettre que dans les cas d'étranglement à marche insidieuse, à symptômes incomplets sur lesquels nous avons déjà insisté. Il est nécessaire alors d'étudier avec soin chaque symptôme pris en lui-même, leur groupement et leur évolution. C'est ici que se place le diagnostic entre l'étranglement et les autres accidents tels que la péritonite herniaire, laquelle ne s'accompagne jamais de tous les symptômes caractérisant un étranglement complet. Mais ce diagnostic sur lequel ont tant insisté nos devanciers perd de son importance chaque jour, à mesure que le domaine de l'étranglement gagne du terrain. De plus, dans les cas douteux, le chirurgien sera autorisé à agir comme s'il était en présence de l'accident le plus grave, il devra pratiquer une kélotomie, qui fera courir moins de risques au malade qu'une inaction trop prolongée. L'épiploon enflammé devra cependant