

produire, il y aurait cependant un immense intérêt pratique à être fixé sur cette question. GOSSELIN estime que dans la majorité des cas, lorsque la hernie est constituée par une anse intestinale complète, il ne se forme pas d'escarre dans les quarante-huit premières heures et que rarement elle se développe avant la fin du troisième jour; ces préceptes n'ont rien d'absolu.

Il serait tout aussi utile d'avoir des données précises pour reconnaître la gangrène intestinale; malheureusement les caractères anatomiques de cette gangrène sont mal définis, les différences de coloration que présente le viscère ne tranchent pas assez; les autres signes (défaut de sensibilité de l'intestin, absence d'écoulement sanguin lorsqu'on pratique une incision des parois) nous semblent plus théoriques que pratiques. Les mêmes altérations se remarquent encore si au lieu d'une anse intestinale complète, une petite partie de ce viscère est simplement pincée, leur marche paraît cependant plus rapide (RICHTER).

b. *La hernie est une épiplocèle. État de l'épiploon.* — Nous verrons que si l'étranglement peut être admis pour les épiplocèles, il résulte toujours d'une inflammation préexistante. Les altérations que présente cette membrane (rougeur, empatement) paraissent donc occasionnées par l'inflammation bien plus que par l'étranglement. Habituellement ces phénomènes se terminent par résolution, et bien que les auteurs du siècle dernier aient parlé de la suppuration et de la gangrène de l'épiploon, des accidents de ce genre sont on ne peut plus rares.

c. *La hernie est une entéro-épiplocèle.* — Dans cette variété de hernie, l'épiploon isole pour ainsi dire l'intestin des parois du trajet; théoriquement donc il est permis de conclure que cette membrane doit agir à la façon d'un coussinet et préserver l'intestin dans une certaine mesure de l'action de l'anneau constricteur. L'expérience est venue donner raison à la théorie; dans les entéro-épiplocèles en effet, les perforations et la gangrène surviennent beaucoup plus tardivement que dans les entéroécèles.

3° *Altérations qui se produisent dans la cavité abdominale.* — Les altérations signalées du côté de la cavité abdominale, chez les sujets qui ont succombé à une hernie étranglée, sont celles de la péritonite; cette complication se produit de différentes manières.

Si par un mécanisme quelconque, une anse intestinale perforée rentre dans la cavité abdominale, l'épanchement de matières stercorales, conséquence de la perforation, occasionnera rapidement une péritonite généralisée. Si au contraire la réduction n'a pas eu lieu, il peut se faire que l'inflammation localisée au niveau de l'orifice herniaire ait déterminé la production d'adhérences qui isolent la cavité abdominale; ainsi se forme un espace fermé de toutes parts dans lequel la péritonite d'abord adhésive peut devenir purulente et donner naissance à un véritable abcès qui s'ouvre à l'extérieur ou dans le péritoine. La cause de la péritonite dans ces différentes circonstances est manifeste, mais dans un certain nombre de cas l'intestin ne présente aucune perforation; il paraît probable, alors, que l'inflammation gagnant de proche en proche a fini par se généraliser.

Étiologie. — a. *Causes de l'étranglement.* — L'étranglement, rare chez les

enfants, peu commun chez les vieillards, acquiert son maximum dans l'âge adulte. Les petites hernies sont beaucoup plus exposées que les grosses à cet accident; les statistiques nous apprennent encore que les hernies crurales s'étranglent plus facilement que les hernies inguinales. C'est à cause de la fréquence plus grande des hernies crurales dans le sexe féminin que TEXTOR et GOSSELIN, en dépouillant leurs observations, ont relevé un nombre à peu près égal de hernies étranglées dans l'un et l'autre sexe, bien qu'en thèse générale la hernie crurale soit peu commune parmi les sujets du sexe féminin.

Les hernies qui n'ont jamais été maintenues et qui, par cela même, ont des anneaux excessivement larges s'étranglent bien rarement; ce sont plutôt des accidents de péritonite herniaire dont il faut craindre l'apparition dans ces circonstances. Au contraire, une hernie habituellement maintenue par un bandage est exposée à l'étranglement si pour un motif quelconque elle vient à sortir; pendant que les viscères étaient en place les anneaux et le collet du sac ont eu en effet le temps de se resserrer, de là l'étranglement. Presque toujours les malades attribuent l'origine de cette complication à un effort, à un coup, à une chute.

b. *Mécanisme de l'étranglement.* — Lorsqu'une hernie, jusque-là réductible, ne peut plus tout à coup reprendre sa place dans la cavité abdominale, il paraît naturel d'attribuer à un obstacle mécanique la cause de l'irréductibilité. La nature de cet obstacle est pour le moment chose peu importante; il nous suffit de savoir qu'il existe et rend la réduction impossible. La pression réciproque qu'exercent les uns sur les autres les viscères herniés et les anneaux dans lesquels ils sont contenus ne tarde pas à produire une réaction inflammatoire; sous son influence le calibre des anneaux diminue de plus en plus en même temps que le volume des organes augmente, en sorte que, à l'obstacle mécanique initial viennent s'en ajouter d'autres d'ordre dynamique. Il nous semble donc bien inutile de discuter pour établir si l'étranglement est purement inflammatoire; nous admettons avec DUPLAY que le processus de l'étranglement est unique, il commence par une constriction mécanique pour aboutir à la gangrène.

Comment se produit cette constriction mécanique du début? Si une quantité considérable d'intestins pouvait descendre brusquement dans le sac en forçant les orifices herniaires, ceux-ci revenant ensuite sur eux-mêmes s'opposeraient évidemment au retour de ces parties; mais comme le fait remarquer GOSSELIN, si l'on tient compte de la rigidité du collet du sac et des anneaux fibreux accidentels, il paraît difficile de comprendre comment l'intestin a pu les franchir avec le volume considérable qu'il présente d'ordinaire dans les hernies étranglées. Aussi, pour la plupart des auteurs, l'anse intestinale descendrait d'abord dans le sac à l'état de vacuité presque complète, puis les gaz ou les matières fécales y pénétrant par le bout supérieur s'y accumuleraient et deviendraient la cause de l'étranglement. Plusieurs théories ont été émises pour expliquer le rôle joué par les matières fécales dans la production de cet étranglement.

a. *Théorie d'O'Beirne.* — La plus ancienne est celle d'O'BEIRNE (1839). Un morceau de carton de 0,003 d'épaisseur est percé d'un trou de la gran-

deur d'une pièce de 0^m,50; dans cette ouverture on engage une anse intestinale, puis à l'aide d'une sonde fixée à l'un de ses bouts, en dehors de l'orifice du carton on fait pénétrer de l'air dans cette anse. Or tant que l'insufflation est lente, l'air parcourant facilement l'anse intestinale sort du côté opposé. Si, au contraire, l'expérimentateur souffle avec violence, l'anse se dilate brusquement au delà du trou, et ses deux extrémités distendues s'appliquent avec tant de force sur les bords de l'orifice que l'air ne peut plus sortir : il y a étranglement.

Cette expérience démontre bien l'existence de l'étranglement, mais elle nous renseigne peu sur son mécanisme; de plus, comme le fait remarquer avec raison LE DENTU, les dispositions des parties sont différentes sur le vivant, et l'intestin ne saurait se dilater dans le sac aussi facilement qu'autour de cette plaque de carton.

b. *Théorie de Roser.* — En 1856, ROSER chercha à expliquer la rétention du contenu de l'intestin par la formation de replis de la muqueuse qui, se plaçant les uns contre les autres, constituent ainsi des valvules conniventes accidentelles, ces valvules se laisseraient facilement déprimer par les gaz ou les matières qui viennent des parties supérieures; comme les soupapes de certaines pompes, elles opposeraient à la marche inverse de ces corps un obstacle d'autant plus sérieux que la pression en sens opposé serait plus considérable. Cette nouvelle théorie, très voisine en réalité de la précédente, ne saurait s'appliquer à tous les cas; sur des pièces desséchées et préparées par le procédé de l'auteur, on trouve rarement des valvules suffisantes pour expliquer l'obstruction.

c. *Théorie de W. Busch.* — W. BUSCH, reprenant une idée émise jadis par SCARPA, substitua à cette théorie celle de l'étranglement par brusque courbure. D'après cet auteur, lorsque l'anse intestinale est distendue, le bout inférieur se coude sur l'orifice de sortie en formant une arête vive que les matières ne sauraient franchir.

d. *Théorie de H. Lossen.* — HERMANN LOSSEN émit bientôt l'opinion suivante : le bout supérieur de l'intestin sous l'influence de la pénétration brusque de gaz ou de matières se dilate outre mesure, remplit à lui seul l'anneau contre les parois duquel il aplatit le bout inférieur, rendant impossible la sortie des matières.

Assurément l'un et l'autre de ces mécanismes interviennent dans certaines circonstances déterminées, mais ils ne permettent pas de comprendre l'occlusion du bout supérieur. Aucune de ces hypothèses ne suffit donc à expliquer les divers phénomènes observés et ne saurait s'appliquer aux différents cas, aussi dans ces dernières années, reprenant les travaux des auteurs précités, P. BERGER est-il arrivé à établir une théorie éclectique qui nous semble plus en rapport avec l'analyse exacte des faits.

c. *Théorie de BERGER.* — Lorsqu'on répète l'expérience d'O'BEIRNE, le premier fait que l'on observe est la dilatation exagérée du bout supérieur de l'anse intestinale; cette dilatation, ainsi que l'a fort bien dit LOSSEN, comprime le bout inférieur. L'augmentation brusque et considérable de la pression intérieure dans l'anse herniée a ensuite pour effet d'attirer de nouvelles quan-

tités d'intestin dans le sac; avec cet intestin pénètrent aussi des masses mésentériques de plus en plus volumineuses; or ce mésentère, dont aucun des auteurs précédents n'avait tenu compte, deviendrait ensuite l'agent principal de l'étranglement. « Le mésentère qui s'insère au bord concave de l'anse intestinale distendue par le gaz, représente assez exactement un éventail déployé. Pour prendre part à la constitution de la hernie, il s'est déroulé à la suite de l'intestin, ce qui lui a permis de s'introduire en assez grande quantité, mais peu à peu et sans trop rétrécir l'orifice herniaire, la force qui attire le mésentère dans le ventre, à travers l'anneau, tend à le porter en masse vers cet orifice et à entraîner avec lui l'anse intestinale qui s'y trouve fixée. L'éventail mésentérique sous l'influence de cette traction se plisse, il constitue comme une sorte de coin à base tournée vers la hernie, à sommet engagé dans l'anneau, et l'on peut avoir une idée assez juste de sa disposition en le comparant à un filtre de papier plié et se présentant par son sommet. Ce coin comprime les bouts de l'intestin engagés dans l'anneau et en détermine l'affaissement : l'occlusion est alors complète car la traction exercée sur le mésentère ne peut faire repasser la porte à l'intestin gonflé par le gaz et celui-ci ne peut s'échapper par les extrémités de l'anse qui éprouvent de la part du mésentère une pression proportionnelle à la traction qu'il subit. »

Telles sont les différentes théories du mécanisme de l'étranglement.

Symptômes de l'étranglement. — Les phénomènes auxquels donne lieu l'existence d'une hernie étranglée sont caractéristiques. Il se forme en un point de l'abdomen ou à la partie supérieure de la région crurale une tumeur *dure, irréductible, douloureuse*. Cette tumeur semble plus ou moins apparente suivant les circonstances; certaines hernies obturatrices ou ischiatiques ne peuvent être reconnues que par la palpation. Les téguments qui recouvrent cette masse glissent facilement sur elle et ne présentent au début aucune altération appréciable, mais bientôt se développent de l'œdème du tissu cellulaire et une série de symptômes inflammatoires. Les douleurs s'irradient rapidement du côté de l'abdomen, puis apparaissent les signes pathognomoniques : nausées, vomissements, constipation. Ces vomissements, tantôt continus, tantôt intermittents, sont constitués au début par les boissons ingérées, mélangées avec des mucosités et de la bile. Si l'étranglement se prolonge, du troisième au cinquième jour (GOSSELIN) les matières rendues changent entièrement de caractères, offrent une teinte jaune foncé, quelquefois brunâtre, et tiennent en suspension des débris alimentaires imparfaitement digérés. Leur goût nauséabond empoisonne le malade, elles exhalent une odeur fade, repoussante, qui rappelle celle qu'on perçoit au moment où l'on ouvre l'intestin grêle dans les autopsies. Ces vomissements, appelés *stercoraux* par les anciens auteurs, sont connus aujourd'hui sous le nom de *fécaloïdes* que leur a donné MALGAIGNE, afin d'en rappeler l'origine.

Dès le début des accidents le cours normal des matières se trouve d'habitude absolument interrompu, il ne s'échappe même pas de gaz par l'anus. C'est là un signe d'une grande valeur diagnostique, sur lequel les malades fournissent souvent des renseignements erronés; parfois en effet, sollicités par les premières douleurs, ils rendent en une ou plusieurs selles les matières

contenues dans le gros intestin au-dessous de l'étranglement et affirment avoir eu des garde-robes complètes. Dans quelques rares observations on trouve notée une diarrhée persistante qui serait l'indice d'un étranglement latéral par pincement.

Les parois abdominales, qui conservent leur souplesse et leur aspect normal dans le cours du premier et du deuxième jour, se montrent ensuite ballonnées et distendues par suite de l'accumulation des gaz au-dessus de l'étranglement.

Ces différents symptômes sont accompagnés d'un dérangement proportionné de toute l'économie. Le malade semble anxieux, agité; pendant les premières heures le pouls est petit, vif, dur; vers le deuxième ou dans le cours du troisième jour, au contraire, il subit un affaiblissement manifeste; en même temps les extrémités se refroidissent, l'expression de la face change et prend cet aspect grippé spécial que l'on désigne sous le nom de facies abdominal; ces phénomènes vont en s'accroissant graduellement jusqu'à la terminaison fatale. Tels sont les signes les plus habituels de l'étranglement, ils peuvent se grouper de mille manières différentes d'où résultent autant de types cliniques. Dans quelques circonstances, lorsque l'étranglement est étroit, les accidents du côté du système nerveux prédominent, les phénomènes généraux revêtent une apparence cholériforme (*choléra herniaire*).

Terminaisons de l'étranglement. — Abandonnées à elles-mêmes, les hernies étranglées se terminent fréquemment par la mort, parfois il s'établit une fistule stercorale ou un anus contre nature. La terminaison fatale est plus communément la conséquence d'une péritonite consécutive à une perforation ou survenue par propagation de l'inflammation, mais dans plusieurs cas il est impossible de trouver dans l'abdomen des lésions anatomiques susceptibles d'expliquer cette fâcheuse issue. Quelques auteurs ont invoqué l'épuisement nerveux. HUBERT fait intervenir l'empoisonnement produit par les matières intestinales, enfin VERNEUIL et son élève LEDOUX ont démontré par des autopsies que la mort reconnaissait souvent pour cause des congestions étendues de l'appareil respiratoire.

Hernies simplement irréductibles. — Il existe un certain nombre de hernies qui ne présentent aucun phénomène d'inflammation, d'engouement ou d'étranglement et dont la réduction cependant ne peut être obtenue. Dans ce dernier groupe nous rangerons tout d'abord ces hernies volumineuses dites *hernies incoercibles*, qui par manque de soin ont perdu droit de domicile dans l'abdomen, et dont le sac spacieux et vaste forme un véritable diverticule de la cavité péritonéale.

En second lieu, à la suite de péritonite herniaire ou d'une inflammation chronique nous avons vu qu'il persistait des adhérences multiples entre le sac et les viscères qui y sont contenus: ainsi se trouve constitué un deuxième groupe, les *hernies irréductibles par adhérences anciennes*. Ces hernies sont ordinairement des épiplocèles; dans ces derniers cas l'épiploon seul a contracté des adhérences, l'intestin restant libre grâce à sa mobilité et à sa contractilité.

Symptômes de l'irréductibilité. — Les hernies simplement irréductibles constituent des masses volumineuses dont le siège fera tout d'abord soupçonner

la nature. La main étant appliquée sur une tumeur de ce genre, on perçoit en faisant tousser le patient une impulsion, un choc absolument comme dans les hernies communes. La consistance de ces masses varie suivant la qualité de leur contenu. Les malades de cette catégorie se divisent en deux classes: les uns sont gênés par leur hernie, mais elle ne les fait pas souffrir; les autres, au contraire, éprouvent quelques tiraillements douloureux et ne peuvent se livrer à aucun effort sans ressentir des douleurs intolérables. Les phénomènes de l'étranglement sont exceptionnels dans les hernies de ce genre; ce fait n'a rien qui puisse nous surprendre si l'on se rappelle la largeur des anneaux; en revanche ces masses étant continuellement exposées aux agents extérieurs, on y voit souvent se développer les phénomènes qui caractérisent la péritonite herniaire.

Si ces hernies ne sont pas soutenues, elles s'accroissent graduellement sous l'influence de la pesanteur; dans certaines observations même on a vu l'épiploon tout entier et la plus grande partie du canal intestinal descendre dans le sac. Tel était le cas de l'historien GIBBON.

L'irréductibilité simple expose donc les sujets à toute une série d'accidents et devient pour eux une source de malaises et de dangers.

Diagnostic et traitement de l'étranglement et des différents accidents des hernies. — Lorsqu'un malade présente les signes manifestes d'un étranglement, l'hésitation ne saurait être de longue durée, surtout si le patient, ainsi que cela arrive, raconte au chirurgien qu'il avait une hernie, devenue brusquement irréductible. Malheureusement le problème ne se pose pas toujours avec cette simplicité; aussi dès que l'on arrive près d'un malade offrant quelques symptômes d'étranglement, faut-il l'examiner avec grand soin et ne jamais se prononcer à la légère. Si l'examen révèle l'existence d'une tumeur dans une des régions, siège habituel des hernies, immédiatement on doit interroger le malade pour savoir s'il était antérieurement porteur d'une hernie, s'il pouvait la faire rentrer, s'il la maintenait réduite. Une réponse catégorique leverait tous les doutes, mais souvent le patient est impuissant à nous renseigner; il pouvait avoir une hernie et ne pas s'en douter, ou bien il fournit des renseignements faux. Certains sujets présentent dans les points où se rencontrent d'ordinaire les hernies, des tumeurs diverses (sac déshabité, hernies anciennes, hernies graisseuses); ces productions ne les gênant pas, ils n'ont jamais songé à savoir si elles étaient réductibles ou non.

Les commémoratifs peuvent donc faire défaut, ou, ce qui revient au même, être contradictoires; dans ces deux circonstances on doit redoubler de précaution et analyser successivement signes physiques et signes fonctionnels. Si, en effet, la tumeur ne présente aucun des caractères des hernies, si on ne sent pas de pédicule, pas d'anneau, les symptômes ne sauraient être attribués à un étranglement herniaire et il n'y a aucune relation à établir entre la tumeur et les accidents observés. Il faut alors se rappeler que plusieurs affections s'annoncent par des symptômes semblables à ceux des hernies étranglées et songer à l'existence d'une péritonite ou d'un étranglement interne. Les phénomènes inflammatoires, dans le cas de péritonite, sont plus francs, plus accentués, les vomissements offrent des caractères différents, la consti-

pation n'est pas absolue, la péritonite sera donc facilement reconnue ; lorsqu'il s'agit d'un étranglement interne les signes différentiels sont beaucoup moins tranchés et le diagnostic peut rester en suspens. Toutefois, dans la majorité des occasions, il a été possible de différencier l'étranglement herniaire des affections similaires.

Une confusion plus fréquente et aussi plus grave consiste à méconnaître un étranglement qui existe réellement. Cette erreur, comme le fait remarquer GOSSELIN, se commet de deux façons différentes.

a. Un malade présente tous les symptômes de l'étranglement, mais la hernie passe inaperçue et le chirurgien croit à un volvulus, à un étranglement. Parfois la faute est manifestement imputable à l'observateur qui, se bornant à un interrogatoire rapide, n'a pas examiné son malade ; mais, de l'avis de NÉLATON lui-même, le diagnostic présente dans certains cas de telles difficultés que le praticien le plus expérimenté et le plus attentif peut être induit en erreur, car nombre de hernies échappent à nos moyens d'investigation, soit à cause de leur situation et de leur petit volume, soit à cause de l'embonpoint du sujet.

b. Chez quelques malades les symptômes fonctionnels affectent une marche absolument insolite. Les vomissements, par exemple, sont souvent intermittents et se répètent à époques très éloignées ; le patient affirme être allé à la selle une fois, deux fois depuis vingt-quatre heures ; si on le force à préciser sa pensée, on apprend alors qu'il a pris des lavements pour se soulager et qu'il considère comme un phénomène naturel ce qui est l'effet du remède. Dans d'autres circonstances, ce sont les matières accumulées au-dessous de l'étranglement qui ont été expulsées, ou enfin certains étranglements, ainsi que nous l'avons dit, sont compatibles avec le passage des matières fécales.

Nous ne saurions donc trop le répéter, lorsqu'un individu présente un ensemble de phénomènes qui peuvent faire songer à l'étranglement, on ne doit accorder qu'une minime importance aux renseignements qu'il fournit et pratiquer l'examen direct de toutes les régions herniaires. L'existence d'une hernie étranglée étant établie, le chirurgien s'enquerra du temps qui s'est écoulé depuis l'apparition des accidents, puis s'efforcera de savoir si antérieurement la hernie était réductible ou non, si elle rentrait en totalité ou en partie, si elle était maintenue ou libre.

Il faut ensuite rechercher la nature de la tumeur que l'on a sous les yeux ; au point de vue du traitement, en effet, il est capital d'établir si le sac contient de l'intestin ou si l'on est en présence d'une simple épiplocèle. Certains signes physiques (sonorité, gargouillement, petit volume de la tumeur) permettent d'affirmer la présence de l'intestin, mais ces symptômes se trouvent parfois masqués, soit par un épanchement liquide dans le sac, soit par tout autre motif. Dans ce cas, on groupera avec soin les divers symptômes fonctionnels ; si toute la série des accidents que nous avons énumérés se trouve réunie, on peut sans crainte affirmer que l'intestin fait partie de la tumeur ; mais, comme nous l'avons dit, un ou plusieurs de ces phénomènes manquent fréquemment et le diagnostic devient alors presque impossible. En cette occurrence les divers auteurs sont d'avis que l'on doit se conduire comme dans l'hypothèse la plus grave, c'est-à-dire comme si l'on était sûr de l'étranglement intestinal.

Il nous reste encore à résoudre deux questions importantes.

Les accidents observés paraissent-ils susceptibles de céder d'eux-mêmes au bout de quelques heures ou de quelques jours, ou bien l'intervention chirurgicale semble-t-elle seule capable d'en amener la terminaison ? En d'autres termes la hernie est-elle simplement enflammée ou véritablement étranglée ? En général les phénomènes de la péritonite herniaire ne se développent que sur les grosses hernies, et l'on trouve dans les commémoratifs un coup, une chute pour expliquer leur apparition ; de plus les symptômes de la péritonite herniaire sont moins accentués, surtout moins graves que ceux de l'étranglement. MALGAIGNE attachait beaucoup d'intérêt à la possibilité d'introduire le doigt entre le sac et l'anneau ; les renseignements ainsi obtenus ne prouvent rien, car ce mode d'exploration n'est applicable qu'aux hernies inguinales ; or ces hernies s'étranglent toujours à l'anneau interne, inaccessible à nos manœuvres.

Enfin il serait de toute utilité d'être fixé sur l'état de l'intestin, de savoir si ce viscère est intact, aminci ou perforé. De ces trois manières d'être la perforation seule peut être manifestement établie. Lorsqu'une tumeur présente une rougeur diffuse, de l'empâtement et que la palpation fait reconnaître la crépitation fine de l'emphysème, lorsqu'il existe en un mot tous les signes du phlegmon stercoral, la perforation devient évidente, mais ces symptômes ne se développent que longtemps après la perforation. En l'absence de renseignements précis on se trouve réduit à des conjectures basées sur le temps écoulé. Dans les grosses et les moyennes hernies, les auteurs admettent que les perforations ne surviennent pas avant la fin du troisième jour ; il est donc tout naturel de tenter alors la réduction. Pour les petites, au contraire, dans lesquelles l'intestin n'est pas protégé par l'épiploon, il faut craindre la perforation hâtive et en admettre l'existence, passé trente-six, quarante-huit heures au plus (GOSSELIN).

Traitement. — Une hernie étranglée étant donnée, le chirurgien ne doit abandonner son malade qu'après la réduction.

Nous disposons de deux moyens pour arriver à ce but : le taxis d'abord, et, s'il est insuffisant, le débridement ou section au bistouri des agents de l'étranglement (*kélotomie*).

A côté de ces deux méthodes, une foule de manœuvres et de médicaments ont été préconisés aux diverses époques. Nous ne ferons que signaler les lavements purgatifs, les lavements de tabac, les réfrigérants, l'infusion de café et l'introduction dans le rectum d'une longue sonde destinée à évacuer les gaz de la hernie (O'BEIRNE). La saignée, employée jadis pour obtenir par la syncope le relâchement musculaire, est fort avantageusement remplacée par le chloroforme.

Du taxis. — Le taxis consiste en une série de manœuvres et de pressions que le chirurgien exerce sur la tumeur dans le but de favoriser la réduction. Cette opération constitue une ressource précieuse, c'est par elle que le chirurgien doit commencer la plupart du temps ; mais cette manière d'agir n'étant pas absolument inoffensive, il importe de déterminer les cas justiciables de ce procédé et la mesure dans laquelle il peut être appliqué.