

conclusions justifient cette considération que nous exprimions au début de ce chapitre thérapeutique, à savoir que, aussitôt qu'un étranglement herniaire est constaté, il faut se hâter de rentrer à tout prix dans la cavité abdominale les viscères herniés.

## II. — AUTRES ACCIDENTS.

### I. — ENGOUEMENT ET INFLAMMATION DES HERNIES.

On désigne sous le nom d'*engouement* l'accumulation des matières et des gaz dans l'intestin hernié, lorsqu'elle devient suffisante pour gêner ou interrompre la libre circulation des matières et déterminer ainsi une sorte d'obstruction intestinale.

L'inflammation des hernies n'a pas besoin d'être définie : elle siège principalement dans le sac et, pour cette raison, on lui donne souvent aussi le nom de *péritonite herniaire*.

Ces deux complications des hernies ont une existence propre ; nous aurons à le montrer par la suite. Mais elles sont considérées aujourd'hui comme infiniment rares ; au contraire, à diverses reprises on a tenté de leur faire jouer un rôle dans la pathogénie de certains accidents, que l'on attribue maintenant à des variétés particulières d'étranglement. Bien que ce débat semble être définitivement fermé, les discussions qui ont été soulevées sur ce sujet sont encore trop près de nous, et la place qu'elles ont occupée dans l'histoire des accidents des hernies est trop grande pour qu'il ne soit pas inutile de les rappeler ici. Nous le ferons en un court paragraphe avant d'étudier en eux-mêmes l'engouement et l'inflammation des hernies.

#### A. Rapports de l'engouement et de l'inflammation avec l'étranglement des hernies.

Les accidents des hernies ne se présentent pas toujours sous l'aspect de l'étranglement bien caractérisé ; ils revêtent parfois des formes moins dramatiques et d'une interprétation plus difficile. Voici, par exemple, le fait d'une hernie qui, ordinairement facile à réduire, devient un jour douloureuse, augmente un peu de volume et oppose quelque résistance à la réduction : cependant, après quelques efforts, le malade parvient à la faire rentrer, les douleurs cessent, et tout rentre dans l'ordre. Il n'est presque pas de hernie un peu grosse et ancienne qui ne présente dans son histoire quelque accident de ce genre. Parfois l'alerte est plus sérieuse ; l'irréductibilité est devenue complète et ne cède pas même à un taxis méthodique. Cependant, si l'on patiente deux ou trois jours, on peut voir la tension et la douleur diminuer, et la hernie recouvrer spontanément le degré de réductibilité qu'elle avait avant cet accident. Mais la terminaison n'est pas

toujours aussi heureuse ; dans d'autres cas, impossibles à prévoir, on voit, au lieu de cette amélioration, apparaître les vomissements, l'arrêt complet des matières et des gaz, bref, tous les signes d'un étranglement confirmé, et l'opération, faite alors, est parfois déjà bien tardive.

L'observation clinique de ces accidents, dont quelques-uns sont très légers, mais qui se relient par une progression insensible à l'étranglement herniaire le plus grave, a été le point de départ de discussions très vives.

Confondus autrefois avec l'étranglement, ils en furent distingués pour la première fois par Goursaud (1768), qui leur attribua pour cause l'engouement. Mais ce fut surtout Malgaigne, qui, en deux mémoires (1840 et 1841), se fit le défenseur de la dualité de ces complications des hernies. Opposant à l'étranglement aigu, franc, ces accidents à marche lente, il les décrit sous le nom de pseudo-étranglements, dépendant d'une cause bien définie : l'inflammation ou péritonite herniaire. Il y avait, dans ces observations, une grande part de vérité ; mais le tort de Malgaigne fut d'étendre trop loin sa théorie, et surtout d'en tirer des déductions pratiques fort dangereuses. Il s'efforça, en effet, de distinguer en clinique les pseudo-étranglements des vrais, et chercha à faire admettre une thérapeutique différente dans les deux cas : tandis que l'étranglement réclamait une intervention rapide et énergique, l'inflammation commandait, au contraire, l'abstention.

Les faits eurent bientôt jugé la théorie, et ce fut le mérite de Gosselin d'établir, sur ce point délicat, les notions qui nous guident aujourd'hui.

Tout en admettant que l'inflammation peut jouer un certain rôle dans la pathogénie de ces accidents, Gosselin établit qu'ils relèvent le plus souvent d'étranglements peu serrés, susceptibles, tantôt de disparaître, tantôt de s'aggraver. Mais il montra surtout d'une façon fort sage qu'en clinique il est impossible d'établir entre ces faits des distinctions suffisamment nettes pour justifier une thérapeutique différente, d'où le précepte de considérer comme étranglée toute hernie qui détermine des accidents d'allure menaçante et de la traiter comme telle, sans se laisser arrêter par des conceptions pathogéniques.

Cette manière de voir a définitivement prévalu, et on peut même dire qu'elle s'impose d'une façon plus formelle encore qu'au temps de Gosselin, de nos jours où l'intervention devenue inoffensive est complétée par la cure radicale.

Le fait que l'on a vu parfois les symptômes alarmants disparaître d'eux-mêmes pourrait tout au plus faire naître quelques hésitations lorsqu'il s'agit de malades âgés, porteurs de hernies anciennes et très grosses, parce que, dans ces conditions, l'intervention est toujours

assez laborieuse et présente une certaine gravité. Mais ces hésitations ne sauraient aller plus loin que de permettre une expectation de courte durée, et il faut poser en principe que le moindre doute est une indication formelle d'intervenir.

Ces règles pratiques étant posées, il faut bien convenir que, en théorie, la pathogénie de ces accidents est assez obscure ; Gosselin, lui-même, disait que l'hypothèse d'un étranglement peu serré ne rend pas compte de tout. En réalité, l'inflammation y joue aussi son rôle ; son existence est démontrée par les exsudats et les adhérences que l'on rencontre presque toujours dans les grosses hernies qui ont présenté des accidents, mais il faut préciser dans quelle mesure elle intervient.

Elle n'est la cause première des accidents que dans quelques cas rares et bien définis que nous allons étudier sous le nom de péritonite herniaire ; dans tous les autres cas, elle ne se développe qu'à la faveur des troubles circulatoires créés par l'étranglement : on peut la supposer capable d'aggraver ou de compléter un étranglement primitivement peu serré, ou incomplet ; mais elle reste au second plan, et la notion de l'étranglement domine toujours l'histoire de ces accidents.

#### B. Engouement herniaire.

Après avoir été considéré pendant très longtemps comme la cause unique des accidents des hernies, l'engouement perdit toute son importance le jour où Riolan et Franco découvrirent l'étranglement. Le travail de Goursaud, dont nous avons parlé au chapitre précédent, lui rendit quelque intérêt ; mais cette vogue fut passagère, car Malgaigne, puis Gosselin, montrèrent qu'on ne pouvait pas constater anatomiquement son existence dans les accidents qui lui étaient attribués.

On connaît aujourd'hui quelques faits bien observés qui démontrent l'existence de l'engouement, mais il est considéré comme très rare. On l'a rencontré presque exclusivement dans les hernies du gros intestin, cæcum ou S ilia que (Berger). Dans ces cas, l'accumulation dans l'intestin hernié de matières stercorales en abondance, de corps étrangers ou même de lombrics, ont pu déterminer une irréductibilité passagère, cédant à l'action d'un purgatif. Mais les accidents de ce genre sont tellement exceptionnels qu'il est impossible de fonder sur eux ni une description clinique, ni des indications thérapeutiques. Tout au plus la notion de leur existence permet-elle de dire que, lorsqu'on les soupçonne d'être la cause et qu'il n'existe aucun symptôme permettant de penser si peu que ce soit à l'étranglement, on sera autorisé à donner un léger purgatif pour tenter de désobstruer l'intestin, dans les cas où, pour une raison quelconque, la cure radicale ne paraîtrait pas indiquée.

#### C. — Inflammation des hernies.

L'inflammation des hernies, quoique rare, a une existence beaucoup mieux définie que l'engouement. Elle se développe avec une certaine prédilection dans les épiplocèles et y revêt une physionomie assez particulière pour qu'il soit nécessaire de l'envisager séparément dans les hernies épiploïques et dans celles qui contiennent de l'intestin.

**1° Épilocèles enflammées.** — Leur variété la plus commune est cette inflammation à signes très peu accentués et à évolution très lente qui s'établit dans les épilocèles anciennes et à laquelle Velpeau avait donné le nom d'*épiploïte larvée*. Peu à peu elle transforme l'épiploon en une masse solide, gâteau irrégulier qui se modèle sur la forme de la hernie et contracte des adhérences plus ou moins intimes et nombreuses avec le sac. A la coupe, on trouve un tissu mou, quoique plus compact que l'épiploon normal, parsemé de noyaux durs, scléreux, de volume et de forme très variables.

Ce travail se poursuit sourdement sans attirer en rien l'attention du malade : il ne se révèle que par l'irréductibilité de plus en plus grande de la hernie, et par la sensation que donne au palper sa masse molle parsemée de noyaux durs. Mais le plus souvent cette évolution tranquille est entrecoupée par des accidents subaigus auxquels on a donné le nom de poussées. Il y a alors un peu de douleur : la hernie grossit un peu, rentre plus mal que d'habitude ; mais bientôt tout s'apaise et il ne persiste qu'une augmentation légère de volume et une irréductibilité plus grande.

Mais les accidents peuvent prendre parfois une véritable acuité. Alors se constitue le tableau de l'épiploïte aiguë, bien dépeinte par Gosselin : « La tumeur devient tout à coup plus volumineuse ; si elle était réductible, elle ne se réduit plus, elle devient chaude, douloureuse à la pression et pendant les mouvements. En même temps, apparaissent quelques coliques, parfois, mais pas toujours, des nausées avec quelques vomissements, dans un certain nombre de cas la constipation. »

La résolution est la terminaison habituelle de cette inflammation aiguë. Elle peut être assez complète pour que la réduction redevienne possible ; mais souvent la hernie reste irréductible par suite des adhérences, de l'augmentation de volume de l'épiploon, qui a perdu sa souplesse et sa malléabilité normales, ou bien, si elle l'était déjà, elle le devient davantage et l'inflammation lente vient se substituer aux accidents aigus et compléter leur œuvre.

Cependant on voit quelquefois les choses prendre une autre tournure. L'inflammation gagne le sac, ses enveloppes, la peau elle-même,

et il se fait ainsi un véritable phlegmon circonscrit qui envahit la paroi abdominale sur une étendue variable, se ramollit et finit par s'ouvrir. On trouve alors au centre de l'abcès une masse d'épiploon rouge, parfois noir et d'aspect sphacélique, infiltré de pus, ou bien présentant dans son épaisseur des abcès parfois assez volumineux. Malgré ces apparences et l'odeur souvent infecte du pus, il faut admettre que la gangrène véritable de l'épiploon est un fait tout à fait exceptionnel (Berger), ce qui montre bien que dans ces accidents l'inflammation est seule en cause et que la constriction au niveau du pédicule n'est à peu près jamais suffisante pour produire un étranglement.

La communication du sac enflammé avec la grande cavité péritonéale est même assez facile pour que parfois la propagation de l'infection se fasse de ce côté. Benno Schmidt, Klemm ont rapporté des faits de péritonite généralisée ou de collections suppurées intrapéritonéales en rapport avec l'épiploïte herniaire.

Les causes de ces épiploïtes herniaires aiguës ou chroniques sont des plus obscures. L'infection se fait évidemment par la voie sanguine, mais on ne connaît pas avec précision les causes qui retiennent les agents infectieux dans l'épiploon hernié. — Les heurts, les frottements que subit fatalement une hernie un peu grosse et difficile à maintenir peuvent y contribuer, mais ce n'est pas une explication suffisante, car on a vu des hernies petites et peu exposées aux traumatismes s'enflammer également. Peut-être faut-il faire intervenir cette notion bien vague sur laquelle nous aurons à revenir plus loin, que les organes herniés sont en état de moindre résistance et deviennent un milieu de culture favorable pour les microbes qui leur sont apportés par la circulation.

Dans la majorité des cas, le diagnostic de l'épiploïte herniaire aiguë peut être fait avec une certitude suffisante. Les symptômes sont en effet surtout des symptômes locaux, et le retentissement sur l'état général et sur le reste du tube digestif est nul ou peu marqué. Les phénomènes généraux, l'anxiété, la dépression, compagnons ordinaires de l'étranglement, font défaut; les vomissements sont rares et n'existent qu'au début; s'il y a de la constipation, elle ne va jamais jusqu'à la suppression complète des matières et des gaz. L'examen local montre le plus souvent que la hernie, restée molle ou devenue fluctuante par le fait d'un épanchement dans le sac, ne présente ni la tension, ni la douleur localisée au niveau du pédicule que l'on trouve dans l'étranglement.

Cependant ces symptômes locaux sont loin d'avoir une valeur absolue : il faut toujours penser que dans les hernies un peu grosses une anse d'intestin peut fort bien se trouver cachée derrière une masse d'épiploon, et, d'autre part, il peut être difficile parfois d'apprécier bien exactement la valeur des signes généraux; aussi faut-il

admettre que dans quelques cas le diagnostic pourra rester douteux et devra être fait le plus tôt possible par le bistouri.

Le traitement des épiplocèles enflammées est bien simplifié aujourd'hui où l'on admet que, à moins de contre-indication tenant à l'âge, l'état général, etc., toute hernie qui présente des accidents doit être soumise à la cure radicale. Une seule chose pourrait être discutée, c'est le moment le plus favorable pour la faire. Nous dirons avec M. Berger que, à moins de raisons spéciales, comme par exemple le cas de diagnostic douteux, il vaut mieux attendre la disparition de l'état aigu pour opérer à froid : on a aussi l'avantage d'intervenir sur des tissus moins friables, et dans les meilleures conditions d'asepsie.

Le manuel opératoire ne présente pas d'autre particularité que le traitement de l'épiploon enflammé. Celui-ci doit être libéré de ses adhérences, attiré au dehors jusqu'à la région où il paraît sain et réséqué après avoir fait sur le pédicule une ligature en chaîne. Le seul point délicat est de veiller à ne pas s'approcher trop du côlon transverse qui, masqué par la graisse épiploïque, pourrait se trouver pris dans une ligature, ou dénudé d'une façon dangereuse.

Dans les cas où l'intervention paraît contre-indiquée, il n'est pas impossible d'obtenir une résolution assez complète pour permettre la réduction et le port d'un bandage. Gosselin, Trélat, ont rapporté des résultats remarquables obtenus par le repos prolongé au lit avec une alimentation légère et des purgations répétées, en exerçant de plus sur la hernie une compression un peu énergique, comme celle que donne une bande de caoutchouc appliquée par-dessus une épaisse couche de ouate.

**2° Inflammation des hernies intestinales.** — C'est un chapitre beaucoup plus complexe et plus disparate que le précédent, en raison de la multiplicité des causes qui peuvent enflammer l'intestin et de la diversité des formes cliniques qui en résultent.

Au point de vue étiologique, il faut distinguer deux groupes de faits :

Les uns ont une étiologie obscure et banale. On invoque les traumatismes violents, comme un coup (J.-L. Petit), la contusion produite par une balle morte (Velpeau), mais surtout les traumatismes petits et répétés, comme les frottements, les froissements auxquels sont sujettes les hernies anciennes, grosses et mal contenues. Enfin, souvent on ne trouve aucune cause. Pott, Doyen, Laborde, Tédénat, Ostermayer, en ont cité des exemples. Il faut alors faire intervenir cette sorte de diminution de la résistance à l'infection dont nous avons déjà parlé à propos des épiplocèles et qui semble être l'apanage des viscères herniés.

Le second groupe comprend les faits plus nombreux dans lesquels

on trouve à la péritonite herniaire une cause bien nette. C'est le plus souvent l'intestin qui en est le point de départ.

Quelquefois ce sont des *corps étrangers* qui s'accumulent dans l'anse herniée, l'enflamment et finissent par la perforer. On en connaît des exemples qui sont restés classiques : tels sont les cas de J.-L. Petit, qui retira un pied d'alouette de l'intestin d'un rôtisseur, et de Stocker, qui trouva à l'intérieur d'une hernie un amas considérable de métarcapiens de grenouilles. Toutes sortes de corps étrangers occupant les voies digestives, et même des masses considérables de lombrics, peuvent déterminer aussi la péritonite herniaire.

A côté de ces faits se place l'*appendicite herniaire*, bien étudiée dans ces dernières années. Morgagni, Amyaud, puis Malgaigne, avaient déjà signalé les hernies appendiculaires : les travaux plus récents de Tuffier (1887), Merigot de Treigny, Brieger (1893) la thèse de (Segelman, Paris, 1897), ont montré leur fréquence relative et ont bien exposé leurs variétés anatomiques et leur mode de production. Ce n'est pas ici le lieu de les étudier complètement ; deux faits seulement sont à retenir : c'est d'abord que l'appendice ne se rencontre pas exclusivement dans les hernies inguinales et crurales droites, mais qu'on l'a trouvé aussi dans des hernies ombilicales, et même dans des hernies inguinales ou crurales gauches (Nové-Josserand). C'est ensuite que tantôt l'appendice est isolé, constituant à lui seul toute la hernie, tantôt au contraire il est accompagné par un autre organe, l'épiploon, ou bien par une partie de l'intestin grêle ou du cæcum.

Il semble que les accidents qui peuvent atteindre l'appendice hernié soient de deux sortes : quelques faits montrent que cet organe peut être l'objet d'un véritable étranglement : ils sont à la vérité fort rares, si bien que Michaux a pu en mettre en doute l'existence (1).

Cependant Pollosson (2) en a rapporté un cas qui semble fort démonstratif, puisqu'il a trouvé sur l'appendice la marque d'un étranglement très serré, et qu'il a dû débrider le collet pour attirer au dehors l'organe hernié.

Au contraire, l'appendicite herniaire a une existence indiscutable. Au début de ce siècle, Amyaud avait déjà signalé la perforation par une aiguille de l'appendice contenu dans une hernie ; on cite encore des observations de Beaumetz (1859), Pick (1880) ; mais comme les autres formes d'appendicite, celle-ci a été surtout étudiée dans ces dernières années, comme en font foi les thèses de Rivet (1894), Sauvage (1894), Asti (1895) et celle toute récente de Briançon (1897).

Sa pathogénie n'offre à peu près rien de spécial. On a trouvé fréquemment des corps étrangers, tels que aiguilles (Amyaud),

(1) MICHAX, *Soc. de chir.*, 1896.

(2) POLLOSSON, *Lyon médical*, 1893.

épingles (Schmidt), noyaux de cerises, os, arêtes de poissons, etc., mais il n'est pas rare non plus de ne rien trouver d'anormal. D'après M. Tailhefer (1), l'irréductibilité de la hernie serait une cause prédisposante à la production de l'appendicite, en favorisant la stagnation des matières et en réalisant peut-être, dans une certaine mesure, les conditions du vase clos dont le rôle a été si discuté il y a quelques mois. C'est là une hypothèse assurément défendable, mais qui aurait besoin d'être appuyée sur un nombre suffisant de faits.

D'autres organes contenus dans le sac herniaire peuvent aussi s'enflammer et devenir le point de départ de la péritonite herniaire ; telle est par exemple la trompe.

Enfin, cette péritonite peut encore survenir par propagation de voisinage, soit d'une infection des parois de la hernie à l'occasion d'une plaie ou d'une érosion superficielle quelconque, soit de dedans en dehors, par extension au sac d'une péritonite généralisée puerpérale ou autre.

L'*anatomie pathologique* de la péritonite herniaire ne demande pas une description particulière. Le péritoine pariétal et viscéral présente les mêmes lésions, rougeur et dépoli des surfaces, exsudat, production d'adhérences, etc., que dans une péritonite quelconque dont on peut retrouver ici toutes les formes, adhésive, exsudative ou suppurée, sans autre particularité que la limitation des accidents au sac et à son contenu. Cette limitation n'est d'ailleurs pas toujours suffisante, et on peut voir le grand péritoine se prendre à son tour par voisinage. L'épiploon présente les lésions que nous avons décrites dans le chapitre précédent ; sur l'intestin, on trouve souvent les lésions causales de la péritonite, et, lorsque l'appendice est en cause, sa perforation ou sa gangrène comme dans l'appendicite vulgaire.

**Étude clinique.** — Nous ne parlerons pas ici de ces accidents des grosses hernies auxquels Malgaigne avait donné le nom de *péritonite herniaire*, et que l'on s'accorde aujourd'hui à rapporter à un étranglement peu serré. Nous n'admettons dans ce chapitre que les cas rares où l'inflammation herniaire existe indubitablement seule, et sans que l'étranglement puisse être mis en cause en aucune manière.

On observe alors surtout des symptômes locaux ayant des caractères inflammatoires assez marqués. La hernie devient douloureuse, augmente un peu de volume, et donne à la palpation une sensation d'empatement, mais sans avoir ni la tension, ni l'irréductibilité complète qui existent dans l'étranglement. Plus tard, l'inflammation gagne les couches avoisinant le sac : il se fait de l'œdème, la peau rougit, devient chaude, adhérente, et on a un véritable phlegmon qui peut aboutir lui-même à la suppuration.

Cependant l'état général reste bon : on peut avoir un mouvement

(1) TAILHEFER, *Indépendance médicale*, 1897.

fébrile en rapport avec le début de l'infection et, plus tard, avec la suppuration. Il existe souvent aussi, au début et même plus tard, un certain degré de réaction péritonéale qui se traduit par de la constipation, des vomissements; mais on a observé aussi de la diarrhée, et en tout cas, l'intestin reste perméable aux gaz.

L'*appendicite herniaire* mérite une mention à part, comme étant une des formes les mieux étudiées de la péritonite herniaire. Avec M. Berger, nous en distinguerons deux formes :

Dans la première, l'appendice est seul contenu dans la hernie : les symptômes sont réduits à ceux d'un simple abcès qui évolue sans aucun retentissement sur le grand péritoine et détermine seulement du côté de l'état général une légère réaction fébrile. Parfois les accidents ont été même si peu marqués que l'origine appendiculaire de la suppuration eût pu passer inaperçue si l'odeur intestinale du pus, l'issue de matières stercorales, l'examen histologique de la poche ou même seulement la persistance d'une fistule stercorale, n'avaient attiré l'attention de ce côté.

Dans la seconde forme, l'appendice est dans la hernie en compagnie d'autres organes. Alors on a tout le syndrome de la péritonite herniaire telle que nous l'avons décrite. La hernie devient rouge, tendue, douloureuse, il y a des vomissements, le ventre se ballonne. Cependant on a toujours noté que le cours des matières et des gaz n'est pas complètement arrêté. — L'évolution vers la suppuration est la règle, et un phlegmon se constitue, d'aspect variable suivant le siège inguinal, crural ou ombilical de la hernie. — Puis, l'abcès ouvert, il reste des fistules stercorales qui peuvent bien se tarir seules, mais peuvent aussi nécessiter des interventions ultérieures. — Il n'est pas absolument rare de voir l'inflammation se transmettre au grand péritoine et déterminer une péritonite généralisée mortelle. Rivet, en 1894, a trouvé cette complication 6 fois sur 24 observations.

Les lignes qui précèdent laissent bien peu de choses à dire du diagnostic de la péritonite herniaire. Lorsqu'elle s'accuse par des caractères locaux bien nets, en laissant persister le cours des matières et des gaz, il n'est pas difficile de la distinguer de l'étranglement herniaire; si, au contraire, les signes ne sont pas suffisamment caractérisés pour enlever tous les doutes, c'est le bistouri à la main qu'il faut trancher le diagnostic. — Ce dernier, par contre, peut être très difficile entre certaines épiplocèles enflammées et la péritonite d'une entéro-épiplocèle, ou bien une appendicite herniaire : mais, comme le traitement est le même dans les deux cas, il n'y a pas lieu de chercher des signes différentiels d'ailleurs bien incertains.

La conduite à tenir en présence d'une péritonite herniaire confirmée ne présente pas de difficultés spéciales. Au début, si les accidents sont légers, comme l'intestin reste libre, rien ne presse, et on peut être autorisé à attendre, en mettant le malade au repos et à la diète, avec

application de compresses chaudes ou d'une vessie de glace sur la hernie. Mais il n'y a aucun avantage à prolonger cette expectation, et la conduite rationnelle est évidemment l'ouverture précoce de la hernie, suivie du traitement de son contenu d'après les règles qui ont été formulées à propos de l'étranglement herniaire et sur lesquelles il nous semble inutile de revenir ici.

## II. — TUBERCULOSE HERNIAIRE.

Signalée par Cruveilhier, la tuberculose herniaire est fort rare, puisque, en 1896, Roth (1) n'en trouvait que 22 observations : ce nombre serait accru aujourd'hui de quelques faits récents.

Néanmoins la tuberculose herniaire a une histoire. Lejars (2), puis Jonnesco (3), en ont fait une étude séparée qui a été reprise récemment dans la thèse de M. Nurdin (Paris, 1898).

Elle peut se rencontrer chez des tuberculeux avérés, présentant des lésions évidentes du poumon ou du péritoine; mais on l'observe souvent sur des sujets qui paraissent indemnes de tuberculose. Aussi deux opinions différentes se sont-elles fait jour au sujet de sa pathogénie. Lejars et Jonnesco en font une tuberculose localisée : ils admettent que la hernie présente des conditions très favorables à la localisation du virus tuberculeux, en raison des troubles circulatoires qui résultent de la déclivité des organes herniés, des compressions et des torsions que peuvent subir les vaisseaux qui s'y rendent, et en raison aussi des traumatismes qui, grands ou petits, atteignent fréquemment les hernies.

Au contraire, Bruns, Hägler, Roth, pensent que la tuberculose herniaire est toujours due à l'extension de lésions tuberculeuses du grand péritoine : seulement, disent-ils, la péritonite tuberculeuse primitive reste latente ou bien n'évolue pas, tandis que la tuberculose herniaire se développe facilement grâce aux traumatismes et aux troubles circulatoires dont nous avons parlé.

Le sac herniaire est le siège de prédilection des lésions, qui peuvent revêtir plusieurs formes.

La plus rare est le tubercule massif, isolé en un point de la périphérie du sac, tandis que tout le reste est sain et qu'on trouve seulement dans sa cavité un liquide clair.

La péritonite herniaire tuberculeuse est plus fréquente. — Elle consiste quelquefois dans une éruption de granulations miliaires qui occupent le collet ou bien se répandent dans toute l'étendue du sac; d'autres fois, on a la forme cloisonnée décrite par Reverdin (4), Hayem,

(1) ROTH, *Beiträge zur klin. Chir.*, 1896.

(2) LEJARS, *Gaz. des hôp.*, 1889.

(3) JONNESCO, *Revue de chir.*, 1891.

(4) REVERDIN, *Soc. anat.*, 1870.