

patience, certaines hernies irréductibles par adhérence ont pu être peu à peu mobilisées, séparées du sac et rentrées dans l'abdomen. Mais ces résultats difficiles à obtenir, problématiques la plupart du temps, sont bien dépassés par ceux que fournit un autre mode d'intervention, le seul presque qui soit de mise aujourd'hui, la *cure radicale*. On peut poser en principe actuellement que toute hernie irréductible est justiciable de cette opération.

### CHAPITRE III

#### DES HERNIES ÉTRANGLÉES

L'impossibilité subite de réduire une hernie habituellement réductible, des accidents généraux graves pouvant aller jusqu'à la prostration et l'algidité la plus marquée, des troubles digestifs : nausées, vomissements, un arrêt complet dans la circulation des matières fécales, enfin une tumeur herniaire plus volumineuse, plus tendue, douloureuse à la pression, tels sont les caractères cliniques auxquels on reconnaîtra une *hernie étranglée*.

**Historique.** — Il ne faut pas remonter bien loin dans le cours des siècles pour trouver chez les chirurgiens une idée juste de l'étranglement herniaire. Le mot lui-même est presque récent. Les anciens attribuaient cet accident à deux causes : l'engouement et l'inflammation.

L'*engouement herniaire* régna d'abord seul et sans conteste. Hippocrate, Praxagoras, Celse, Léonidès d'Alexandrie, Cœlius Aurelianus, attribuaient les accidents à l'accumulation de matières intestinales épaissies dans une anse herniée. — Au xvi<sup>e</sup> siècle, A. Paré parle de matières et de gaz; Franco, Rousset, insistent sur la présence des gaz; Jacques Couillard, qui créa le mot d'*engouement* (1640), distingua l'engouement stercoral et l'engouement gazeux.

Mais déjà cette doctrine avait fait son temps; depuis la fin du xvi<sup>e</sup> siècle, dans le vulgaire plus, il faut le dire, que parmi les médecins, on parlait d'*incarcération* (hystérotomotocie de Rousset, par Bauhin, 1592).

Peu de temps après, les anatomistes décrivaient les anneaux her-

niaires et la doctrine de l'incarcération faisait son chemin parmi les chirurgiens : Riolan le premier, en 1648, parle des *strangulations*; il indique déjà le débridement des anneaux. C'est dans Nicolas Lequin, en 1665, que l'on trouve pour la première fois en français le mot d'*étranglement*. Dès lors ce fut fini de l'engouement herniaire, tel que l'entendaient les anciens.

Goursaud, en 1768, dans un mémoire lu à l'Académie de chirurgie, parle bien encore d'engouement et d'inflammation, mais comme agents d'étranglement, et encore le sens qu'il donne à ces deux mots n'est-il plus du tout celui qu'on leur attribue justement aujourd'hui.

Les recherches anatomiques précises de Scarpa, Dupuytren, Velpeau, J. Cloquet, ne firent que confirmer la nouvelle doctrine; elles eurent surtout pour but de montrer le rôle capital du collet du sac dans l'étranglement.

L'*inflammation*, en partie confondue avec l'engouement solide des anciens, devait renaître de ses cendres pour l'explication de certains faits. Malgaigne, en 1841, après lui Broca, non contents de renverser complètement l'engouement solide, voulurent lui substituer l'inflammation, au moins dans certaines grosses hernies. Broca alla même plus loin : pour lui l'inflammation serait la cause de tous les étranglements. Mais les conséquences funestes de ces théories, exagérées, souvent mal comprises, ne tardèrent pas à ramener les esprits à l'étranglement avec nécessité de le lever le plus tôt possible par le taxis ou le débridement (Gosselin, 1865).

C'est cette voie qui a été suivie par tous les modernes qui font de l'étranglement le fait dominant, je dirais presque le fait exclusif, admettant d'ailleurs, pour l'expliquer dans certaines circonstances, des théories diverses et multiples, avec cette réserve capitale au point de vue du traitement et sur laquelle nous reviendrons longuement, à savoir qu'en dehors des épiplocèles enflammées, toute hernie atteinte d'*irréductibilité compliquée* est justiciable de la réduction faite le plus tôt possible, même dans le doute. Après avoir décrit l'étranglement herniaire avec tous les détails qu'il mérite, nous préciserons en quelques lignes ce qu'il faut entendre actuellement par l'engouement et l'inflammation, ces sortes de pseudo-étranglements dont il ne faut point exagérer l'importance.

## A. — DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

On doit désigner sous ce nom un ensemble d'accidents graves résultant d'une *constriction permanente de l'intestin dans un trajet herniaire*, constriction dont les effets fâcheux sont évités par une réduction immédiate, lorsque le chirurgien est appelé à temps.

Il n'y a donc, à proprement parler, d'étranglées que des hernies intestinales et intestino-épiplôiques.

Cette constriction, suivant la définition si complète de Gosselin, *gène la circulation sanguine, arrête le cours des matières, apporte un obstacle invincible ou passager à la réduction et semble menacer, si elle persiste, de se terminer par une perforation ou une gangrène.*

**Symptômes.** — L'étranglement herniaire ne se caractérise pas toujours dès le début de la même manière. Tantôt ce sont des symptômes généraux qui dominent la scène : un malaise, une anxiété indéfinissables hors de proportion avec les phénomènes douloureux observés du côté de la hernie; d'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, l'attention du chirurgien est d'abord appelée sur les signes locaux.

Le malade était porteur depuis un temps variable d'une hernie qui rentrait habituellement, et subitement cette hernie est devenue irréductible. Le fait est encore plus saillant lorsque la hernie n'existait pas auparavant et qu'elle s'étrangle en se produisant (*étranglement d'emblée*). L'*irréductibilité brusque* est donc le plus souvent un des signes les plus importants de l'étranglement herniaire.

La tumeur herniaire perd en même temps et rapidement sa mollesse habituelle; elle devient tendue, résistante, douloureuse spontanément, douloureuse surtout à la pression. Cette douleur locale est plus vive au niveau du pédicule; c'est de là que partent les irradiations quand elles existent, et des coliques plus ou moins intenses.

Ces troubles s'accompagnent d'un *arrêt dans la circulation des matières intestinales et des gaz*. Le malade, interrogé, rapporte que, depuis le début des accidents, il n'a plus été à la garde-robe et qu'il n'a plus rendu de gaz par l'anus. Il ne faut pas se laisser tromper par des évacuations trompeuses provenant du bout inférieur de l'in-

testin et qui se produisent surtout lorsqu'on donne des lavements au malade.

L'absence de garde-robe et de gaz est un caractère de premier ordre, et il faut considérer comme absolument exceptionnels les cas dans lesquels persisteraient des selles et se montrerait même de la diarrhée. (Pincement latéral de l'intestin, Le Dentu.)

Au début, les parois abdominales sont contractées; mais bientôt le ventre se ballonne, les anses intestinales se dessinent sous la peau. Ces phénomènes : tympanisme, ballonnement, météorisme, sont plus marqués au voisinage de la hernie, et il n'est pas rare d'observer une douleur sourde étendue à toute cette région.

En même temps que ces phénomènes locaux et cette constipation, quelquefois même dès le début, on voit survenir des *vomissements* très importants, tantôt continus, parfois intermittents, d'abord alimentaires, puis muqueux, puis bilieux, puis enfin *stercoraux* ou *fecaloïdes* (Malgaigne). On désigne ainsi des vomissements survenant ordinairement du troisième au cinquième jour, vomissements mal liés, d'une couleur jaunâtre, d'une odeur intestinale très marquée, horriblement fade et repoussante. Ils sont constitués par le reflux des matières renfermées dans l'intestin grêle.

Le *hoquet* ne tarde pas à survenir; il indique souvent l'approche de la terminaison fatale. Les forces, en effet, se dépriment rapidement; la face est pâle, avec les pommettes un peu colorées, plus saillantes, et les yeux excavés, cerclés de noir; la peau prend une teinte grisâtre, terreuse; les extrémités se cyanosent; une sueur froide couvre le malade; le pouls devient petit et fréquent; enfin la terminaison fatale survient au milieu de cette hypothermie croissante, qui peut s'accompagner d'aphonie, d'anurie, voire même de crampes (Berger); cette algidité grave a reçu le nom de *choléra herniaire*; mais la diarrhée du véritable choléra manque naturellement presque toujours.

Les phénomènes nerveux qui accompagnent ce tableau sont parfois assez marqués pour en modifier un peu la nature; on a signalé un *véritable délire* avec tendance au suicide et, chez les enfants, des *convulsions*, du *coma*.

L'étranglement herniaire n'affecte pas toujours la marche aiguë que nous venons de décrire.

On observe des *étranglements chroniques à marche lente insi-*

*dieuse* avec un état général peu grave dont le début est impossible à préciser : hernies moyennes ou grosses sorties depuis longtemps, mal contenues; quelquefois petites hernies crurales des vieillards.

Enfin parfois les accidents présentent une véritable marche rémittente; il y a une série d'accès douloureux, c'est l'*étranglement spasmodique de Richter*.

La mort est la terminaison presque fatale de la hernie étranglée abandonnée à elle-même; elle peut survenir, nous venons de le voir, par aggravation des phénomènes généraux. On l'a attribuée dans ce cas soit à l'épuisement nerveux, soit à une sorte de septicémie intestinale, de stercorémie (Humbert, Thèse, 1875).

Chez quelques malades elle est le résultat des lésions locales graves produites par la constriction, et le tableau clinique terminal en est quelque peu modifié :

La *gangrène* de l'intestin serait annoncée par un soulagement momentané, une détente, un *calme trompeur* (Boyer), la cessation des vomissements; mais le hoquet ne diminue pas, l'algidité persiste. En même temps, les phénomènes locaux prennent plus d'importance; la tumeur devient plus flasque; on y découvre à la palpation une sorte de crépitation, de clapotement dû à l'effusion des liquides et des gaz dans le sac.

Les perforations intestinales qui sont la conséquence de la gangrène peuvent, lorsque des adhérences se sont développées à temps et qu'elles sont assez fortes, amener par ce moyen la guérison spontanée. Il se forme un abcès stercoral, un *anus contre nature spontané*, ou une simple *fistule stercorale*, si les lésions sont moins considérables, et dans des cas heureux, mais trop rares, la guérison est survenue par ce mécanisme. — Nous traiterons plus loin, dans un chapitre spécial, de la fistule stercorale et de l'anus contre nature spontané; il nous suffit ici de mentionner leur existence.

Dans d'autres cas, les lésions restent moins limitées au sac; elles s'étendent au péritoine, et les troubles d'une péritonite par perforation ou par propagation modifient l'appareil symptomatique; le ventre est plus ballonné, extrêmement douloureux partout; des vomissements porracés, du hoquet, secouent continuellement le malade; une réaction plus vive, mais passagère, semble le ranimer; mais la terminaison est la même; seul le cortège clinique est un peu changé.

Enfin, dans d'autres circonstances, se montrent de véritables complications : congestions pulmonaires, signalées par Verneuil et étudiées par Ledoux, hémiplegies dont Nicaise a rapporté plusieurs faits curieux.

Enfin l'albumine apparaît maintes fois dans les urines.

Pour certains auteurs il y aurait néphrite et les accidents pulmonaires seraient comparables à ceux de l'urémie. Mais des recherches modernes semblent devoir éclairer sous un jour tout nouveau la pathogénie de ces accidents.

Les complications pulmonaires, rénales, les modifications de l'appareil circulatoire seraient les conséquences d'un empoisonnement septique, auquel Berger donne le nom d'*infection* ou *septicémie péritonéo-intestinale*. Nous verrons en effet, en étudiant l'anatomie pathologique, qu'il existe une bactérie spéciale de l'infection herniaire, bactérie qui a pu être suivie et retrouvée avec tous ses caractères dans la rate, le foie, les reins et surtout les poumons.

**Diagnostic.** — A cet ensemble clinique, il est difficile en général de ne pas reconnaître l'*étranglement herniaire*.

La présence d'une tumeur dure, tendue, douloureuse dans une région herniaire, le commémoratif important d'une hernie habituellement réductible et qu'on ne peut plus réduire, suffisent habituellement à distinguer l'étranglement herniaire d'une occlusion intestinale, d'un étranglement interne.

Mais parfois la hernie est assez petite, assez profonde pour nécessiter une recherche attentive, une exploration soignée; elle occupe certains orifices profonds où les manœuvres exploratrices et le taxis sont difficiles; c'est dans certains cas de ce genre que la laparotomie devient un moyen de diagnostic très acceptable, puisqu'on l'utilisera comme moyen de traitement, soit qu'on rencontre un étranglement interne, soit qu'on ait affaire à un étranglement herniaire simple dans des orifices profonds. Nous reviendrons sur ce point en parlant des hernies rares.

Les phénomènes locaux; tension, douleur, etc., sont parfois, avons-nous dit, les plus marqués, et l'on conçoit que le diagnostic différentiel doive en être fait avec *certaines inflammations du cordon, du testicule normal ou en ectopie* avec *certaines adénites du pli de l'aîne*, affections qui s'accompagnent, elles aussi, de constipation, de vomissements, de troubles graves, mais dans lesquelles il est

bien rare que les commémoratifs, l'exploration de l'urèthre, des bourses, du cordon, ne permettent pas d'attribuer à leur véritable cause les accidents observés.

Le diagnostic de la hernie étranglée et de l'engouement ou de l'inflammation herniaire devrait être traité longuement : mais en pratique, nous l'avons déjà dit, en dehors de l'épilocèle enflammée, les complications des hernies autres que l'étranglement sont rares.

Le *taxis* lui-même fournit des renseignements précieux pour le diagnostic ; on n'oubliera pas surtout qu'il vaut mieux croire étranglée une hernie qui ne l'est pas et la débrider, que de méconnaître un étranglement. Grâce aux méthodes actuelles de pansement, l'erreur commise dans le premier cas ne sera presque jamais préjudiciable au malade ; il n'en est pas de même dans le second.

Plus fréquente est l'erreur qui consiste à méconnaître à la fois et la hernie et l'étranglement herniaire. C'est ainsi qu'en temps d'épidémie on a pu prendre pour des cas de choléra les accidents de l'étranglement herniaire ; c'est ainsi que chez des saturnins hernieux on a cru à des coliques de plomb ; ces grosses erreurs sont d'autant plus faciles à expliquer que dans certaines formes d'étranglement, tels que les pincements latéraux, un certain nombre de symptômes peuvent faire défaut. Aussi l'examen des anneaux est-il de règle absolue dans toutes les affections à symptômes abdominaux.

**Étiologie.** — L'étranglement herniaire s'observe surtout chez l'adulte et chez le vieillard ; il s'agit presque toujours de hernies peu volumineuses apparues pour la première fois ou habituellement réductibles ; quelquefois l'étranglement est dû à une augmentation brusque de volume dans un effort violent. — Il y a cependant des hernies volumineuses, habituellement mal contenues, et irréductibles, qui présentent les phénomènes de l'étranglement. — Les efforts, les coups, les chutes, les écarts ou excès de régime, la présence de corps étrangers, même l'humidité de l'atmosphère, ont été invoqués comme causes de l'étranglement ; en réalité, le plus souvent, on ne peut déterminer la cause.

On sait seulement que les femmes sont relativement plus sujettes à cet accident que les hommes : presque autant d'étranglements (Textor, Gosselin) pour beaucoup moins de hernies.

L'étranglement dans le sexe masculin est plus rare chez le vieillard que chez l'adulte ; il est exceptionnel chez l'enfant.

Les hernies anciennes prédisposent plus à l'étranglement que les récentes, les petites que les grosses.

**Mécanisme de l'étranglement.** — Le fait *principal, primordial* dans l'étranglement, est un phénomène purement mécanique. On le réalise sur une portion isolée de l'intestin dans cette expérience fondamentale que tous les chirurgiens ont cherché à reproduire et à interpréter : *expérience de O'Beirne (de Dublin)*.

Dans un carton épais de 3 millimètres, on fait une ouverture circulaire ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, et par cette ouverture on introduit une anse intestinale. — Cette anse, *insufflée brusquement*, devient irréductible, elle est étranglée.

Que s'est-il produit ici ? Que se produit-il sur le vivant dans les mêmes conditions lorsque l'intestin s'engage de la même façon dans un orifice étroit ? — Pour Roser (1856), il y a eu refoulement des plis et valvules de l'intestin contre les orifices de communications de l'anse herniée avec le reste de l'intestin. — W. Busch, reprenant une opinion de Scarpa, parle de coudure brusque, parfois même d'une véritable torsion du tube digestif. — Hermann Lossen a signalé la compression du bout inférieur par le bout supérieur dilaté.

En résumé, comme le font très justement remarquer Berger et Duplay, l'interprétation n'est pas simple ; on doit y faire intervenir à la fois : 1° l'occlusion du bout inférieur par le bout supérieur dilaté (*engouement gazeux*) ; 2° l'attraction d'une nouvelle portion d'intestin et de mésentère sous l'influence de cette dilatation intestinale ; 3° il faut surtout attribuer au mésentère un rôle important, très bien mis en lumière dans les expériences et la revue critique de Berger. — Un véritable *coin mésentérique* s'enfonce entre les deux anses intestinales et les applique étroitement sur l'orifice.

La coudure de l'intestin, sa torsion même, sont encore justement invoquées dans certains cas spéciaux.

Cette théorie éclectique a été confirmée par les expériences plus récentes de Korteweg.

Faut-il admettre que les anneaux dans lesquels passent les hernies sont absolument comparables à l'orifice rigide de O'Beirne ? Leur inextensibilité est-elle presque absolue, comme le croit Gosselin ? Ne

peut-elle pas permettre une certaine expansion au moment du passage de l'intestin, expansion suivie de retour élastique produisant dans quelques cas l'étranglement (*étranglement élastique de Losen*)? C'est ce qu'il est difficile de trancher absolument.

Mais il y a dans l'intestin vivant un élément fort important qui manque dans l'expérience.

Une fois serrée, l'anse intestinale vivante va se gonfler; sa surface lisse se couvrira de petites rugosités dues à l'inflammation de la séreuse qui la revêt. Sans doute ce gonflement de la paroi intestinale peut ne pas être très considérable (Gosselin, Nicaise), mais Labbé l'a vue doubler son volume : ce n'est donc pas une quantité négligeable. — Il en est de même du gonflement du mésentère, de l'épiploon.

Ce n'est pas tout, on doit encore tenir compte de la tension des muscles abdominaux provoquée par la douleur; elle aurait pour effet de rendre les anneaux plus rigides et de comprimer la masse intestinale, ce qui tendrait à engouer toujours davantage la partie herniée, contraction permanente (Guyton), intermittente (Bertholle); les mouvements péristaltiques du bout supérieur ne sont pas sans agir peut-être dans le même sens.

A côté du fait primordial, purement mécanique, il faut donc faire jouer un rôle considérable à l'intestin engagé, à son gonflement, à sa réplétion gazeuse, au gonflement du mésentère, de l'épiploon, à la tension des muscles abdominaux, phénomènes presque tous d'ordre vital ou dynamique; les phénomènes vitaux rangés souvent sous le titre d'inflammation ne se produisent que secondairement; ils ne sauraient donc être accusés d'être la cause habituelle de l'étranglement herniaire, quoi qu'en ait dit Broca. La cessation des phénomènes, dans la plupart des cas, par la levée de l'étranglement même sans réduction, en est la preuve la plus évidente; c'est la plus éloquente démonstration qu'on puisse faire du rôle primitif et principal de la constriction mécanique de l'intestin.

**Anatomie pathologique.** — Pour bien se rendre compte de la nature et de la situation des lésions dans l'étranglement, il faut d'abord connaître les agents de cet étranglement.

*Agents de l'étranglement.* — Dans presque tous les cas, l'agent de l'étranglement siège *au niveau du pédicule de la hernie*; cela se déduit de l'expérience même de O'Beirne et de la nature des acci-

dents; or, que trouvons-nous à ce niveau? Un anneau naturel ou accidentel et le collet du sac.

Lors de la découverte des anneaux naturels par Riolan, presque tous les auteurs leur attribuèrent un rôle très important dans l'étranglement.

J.-L. Petit en tira même une conclusion thérapeutique importante : le débridement sans ouverture du sac. Les recherches qui furent faites plus tard sur le collet du sac et sur les anneaux accidentels des hernies, éloignèrent les chirurgiens de ces idées. Mais on est certainement allé trop loin dans cette nouvelle voie. C'est ainsi que, dans les hernies crurale et ombilicale, il semble impossible bien souvent, quoi qu'on ait pu dire, de placer l'agent de l'étranglement ailleurs que dans les anneaux naturels. Il en est de même dans certaines hernies inguinales congénitales étranglées au niveau de l'orifice profond.

Le tissu cellulaire qui recouvre et enveloppe les hernies peut s'épaissir, se condenser et donner naissance à des anneaux accidentels fibreux. Les orifices du *fascia cribriformis* dans la hernie crurale pourraient particulièrement devenir des agents d'étranglement; Malgaigne les admettait. Mais cette opinion est un peu théorique.

Nous avons vu d'ailleurs, à propos des hernies en général, à quel point des anneaux d'abord multiples se fusionnaient pour n'en plus former qu'un seul au bout d'un temps plus ou moins long.

Reste le collet du sac, dont le rôle est d'une importance capitale. Les recherches anatomiques d'Arnaud, Pott, Scarpa, Dupuytren, ont depuis longtemps démontré que c'était là que se produisait presque toujours, quelques-uns même disaient toujours, l'étranglement herniaire. — En présence du travail de rétraction inodulaire, cicatricielle, dont nous avons signalé les traces, les stigmates indélébiles au collet du sac, cette constriction progressive de l'intestin n'a rien d'étonnant. — Nous devons seulement rappeler un fait très important déjà signalé, et sur lequel nous reviendrons encore à propos du traitement, savoir : la situation profonde de ce collet du sac, qui siège presque toujours à l'orifice interne, lorsqu'il y en a deux, et notamment dans la hernie inguinale.

Les agents de l'étranglement peuvent encore siéger dans l'intérieur du sac : tels sont les diaphragmes plus ou moins complets

signalés par Ramonède dans le canal vagino-péritonéal, les brides péritonéales contre lesquelles l'intestin peut venir s'étrangler, autour desquelles il peut se couder, se tordre, s'enrouler; tels sont encore les étranglements produits par l'épiploon : perforation à travers un sac épiploïque (Prescot Hewett) complet ou incomplet; l'étranglement dû à la soudure brusque de l'intestin sur un rebord fibreux et tranchant qui constitue une partie du contour de l'anneau naturel (*étranglement par vive arête* de Chassaignac). — Enfin le corps du sac lui-même peut être l'agent d'un étranglement dans quelques hernies superposées.

En résumé, l'agent de l'étranglement n'est pas unique; s'il est vrai qu'il siège le plus souvent au collet du sac, il peut exister en dehors : anneaux naturels et accidentels ou à l'intérieur même du sac.

*Lésions des parties herniées. — Etat des enveloppes.* — Lorsqu'on fait une opération de hernie étranglée, en incisant successivement les diverses couches superficielles qui recouvrent le sac, on n'observe le plus souvent rien d'anormal; dans quelques cas cependant, à la suite de taxis prolongé ou pour d'autres motifs, on rencontre des enveloppes œdémateuses, congestionnées; on y a observé des épaississements résultant sans doute de frottements répétés, des petits foyers sanguins, des ecchymoses; on y a même trouvé de la suppuration.

En général, on arrive facilement sur le sac, tendu, globuleux, et fluctuant; celui-ci est tantôt épais, tantôt mince; généralement il laisse voir par transparence la coloration foncée de l'intestin et du liquide qu'il renferme.

Cette dernière enveloppe incisée, il s'écoule un liquide rougeâtre plus ou moins foncé, limpide, mélangé, dans quelques cas à des matières exsudatives parfois très fétides; la surface interne se présente alors injectée, dépolie, recouverte de fausses membranes minces et peu adhérentes.

Le liquide peut faire défaut (hernie sèche), et cette sécheresse expose davantage à la blessure de l'intestin au cours de la kélotomie.

En 1867, Nepveu, sous l'inspiration de Verneuil, avait recherché et constaté la présence de bactéries dans la sérosité du sac d'une hernie étranglée.

Ces recherches ont été reprises par Clado qui a réussi à isoler une

bactérie spéciale, bactérie de l'infection herniaire; dès le lendemain de l'étranglement, il constata la présence de nombreuses bactéries mobiles, et il les retrouva dans le foie, la rate, les reins, les poumons.

A tous les stades de l'étranglement, Bönnecken a retrouvé, dans la sérosité du sac herniaire, non seulement les hôtes habituels de l'intestin, *bacterium coli commune*, *streptococcus coli brevis*, etc., mais encore cinq ou six variétés de cocci ou de bacilles ne se rapportant comme forme à aucune des espèces antérieurement connues. Mais, moins heureux que Clado, il ne réussit pas à suivre leur migration à travers les différentes couches de la paroi intestinale.

Quoi qu'il en soit, la pénétration dans le liquide du sac des organismes qui pullulent dans l'intérieur de l'intestin, pénétration qui se fait au travers des parois de ce conduit, paraît aujourd'hui démontrée. S'agit-il, en réalité, d'une bactérie spéciale, le fait semble bien improbable, et c'est encore au *bacterium coli* dont toutes les transformations morphologiques sont encore mal connues, qu'il convient de rattacher les organismes décrits par Clado.

Nous avons déjà vu le rôle qu'on tendait à leur attribuer aujourd'hui dans la genèse des complications viscérales de l'étranglement.

*Lésions de l'intestin.* — C'est surtout dans l'entéroécèle pure que se produisent à coup sûr et rapidement les lésions intestinales aujourd'hui bien connues depuis les travaux de Cooper et Lawrence, les expériences de Jobert de Lamballe (1829), les recherches de Gosse-lin, Nicaise, Cornil.

L'anse intestinale est rouge, injectée, puis elle s'épaissit par œdème et extravasation sanguine; sa teinte tend alors à devenir de plus en plus *noire*; cet aspect spécial est important à bien connaître pour le chirurgien qui opère une hernie étranglée; beaucoup de maîtres professent qu'il est absolument caractéristique. Si l'on hésite à reconnaître l'intestin, c'est qu'on ne l'a pas sous les yeux. Cette règle ne peut être admise sans réserve; sans méconnaître l'importance de la coloration sur laquelle elle s'appuie, on peut dire qu'appliquée absolument elle conduirait à des erreurs graves: il n'est pas rare de trouver la surface de l'intestin recouverte de petites fausses membranes minces qui en modifient l'aspect et la coloration.

La portion étranglée se limite au niveau de l'anneau constricteur