

gangrène et de la mortification par arrêt de la circulation sanguine.

Mais quel lien rattache ces lésions aux troubles que présentent les fonctions des viscères abdominaux et à l'état général grave qui caractérise l'étranglement?

L'inflammation seule des viscères herniés, la péritonite herniaire, ne sauraient être la cause unique de ces désordres. L'abaissement de la température, la cyanose, l'algidité, l'aphonie, les crampes, constituent par leur réunion un ensemble bien différent du syndrome qui caractérise les maladies inflammatoires; la constipation, la nature des vomissements, suffisent, d'autre part, à distinguer les accidents de l'étranglement de ceux de la péritonite aiguë.

La théorie de l'empoisonnement par la résorption des matières putrides venues de l'intestin, la septicémie intestinale, ne présente pas une explication satisfaisante.

La constriction seule, l'irritation mécanique directement portée sur l'intestin, peut rendre compte de la généralisation rapide des désordres que l'on observe dans l'étranglement. Comme elle produit l'arrêt des matières et des gaz, elle détermine et explique la douleur et l'anxiété, la tension du ventre, puis l'excitation de l'intestin, les mouvements antipéristaltiques et le rejet par vomissements des matières intestinales, plus tard encore la paralysie de l'intestin, la paralysie de territoires vasculaires éloignés et les congestions viscérales qui en dépendent, la diffusion et l'aggravation de l'état nerveux, enfin tous les accidents qui précèdent et amènent la terminaison fatale, que celle-ci soit due à l'asphyxie, à la syncope ou à un affaissement graduel des forces. On voit en effet tous ces désordres se produire, que l'intestin soit compris sur une longueur notable ou dans une partie seulement de sa circonférence. On les a observés, même en dehors de l'étranglement herniaire, dans des occlusions intestinales produites par une constriction étroite portée sur l'intestin dans la cavité péritonéale; on les a vus survenir en dehors de tout accident semblable lors de l'application de l'entérotome sur l'éperon d'un anus contre nature, ou bien encore lorsqu'un viscère autre que l'intestin, le testicule, l'ovaire, ou même lorsqu'un kyste enflammé se trouvait étroitement serré dans les orifices fibreux où viennent s'engager les hernies. Il est donc au moins probable que c'est à la striction de l'intestin et à l'irritation mécanique des riches plexus nerveux que renferment ses parois que sont dus les phénomènes fonctionnels et les troubles généraux de l'étranglement herniaire, et que leur apparition est régie par les lois qui président à la diffusion par voie réflexe des excitations continues et violentes portées sur des nerfs sensitifs.

#### 2° Des pseudo-étranglements.

La plupart des auteurs modernes admettent qu'à côté des hernies étranglées, il existe des hernies intestinales devenues irréductibles

par engouement et par inflammation, donnant lieu aux phénomènes cliniques de l'étranglement.

#### A. Des hernies irréductibles par engouement.

On désigne, dit Broca, sous le nom d'engouement, cet état particulier des hernies dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'anse intestinale herniée, de manière à y intercepter le passage et à y déterminer des accidents.

Nous n'avons pas à revenir ici sur le rôle considérable attribué par les anciens, depuis Praxagoras jusqu'à Riolan, à l'engouement par les matières solides ou par les gaz dans le phénomène de l'étranglement; les diverses phases de cette question ont été exposées dans l'historique des accidents herniaires. De même nous nous bornerons à rappeler l'importance donnée de nos jours à l'engouement gazeux dans le mécanisme de l'étranglement. Nous devons seulement nous demander s'il existe un accident indépendant de l'étranglement qui puisse être rapporté à l'engouement tel que nous l'avons défini, s'il existe, en un mot, des hernies engouées qui ne soient point des hernies étranglées.

Pour décider la question on ne peut avoir recours qu'aux faits anatomiques. Malgaigne, puis Gosselin, ont en effet parfaitement démontré que les preuves cliniques étaient absolument insuffisantes, et qu'elles se rapportaient à deux ordres de lésions bien différents: à des épiplocèles enflammées et devenues irréductibles; à des hernies intestinales atteintes d'étranglement peu serré pour Gosselin, d'inflammation pour Malgaigne, mais où rien ne prouvait l'accumulation de matières et l'obstruction.

Quant aux faits anatomiques, ils se réduisent à un fort petit nombre d'observations citées dans la thèse de Broca et dans celle de Nicaise. L'examen nécroscopique mentionne la présence dans l'intestin hernié de matières solides, mais rien n'autorise à croire qu'il n'y ait pas eu une véritable constriction du pédicule de la hernie, et que dès lors il ne se soit pas agi d'un étranglement dans un orifice plus ou moins large. Dans quelques-unes de ces observations, il est expressément noté qu'il fallut un débridement large pour permettre la réduction du contenu de l'intestin (Bermond, Mac Dowell, Goyrand); dans l'une (Nicaise) on trouve mentionné un rétrécissement passager des deux extrémités de l'anse herniée. Enfin, les symptômes offerts par les malades sont trop brièvement rapportés pour que l'on puisse rien conclure de ces faits au sujet de la séméiologie de l'engouement, si celui-ci était démontré par l'autopsie.

Il résulte de ce rapide aperçu que l'engouement de l'anse herniée par des matières solides est possible, qu'il a été observé, qu'il se produit surtout lorsque le gros intestin est compris dans la hernie (quatre cas sur six), mais que jusqu'à présent il n'est pas prouvé que cet engouement

n'ait point été la conséquence ou la cause d'un étranglement herniaire, et que dès lors il n'y a pas lieu de décrire à part l'engouement comme une affection distincte et indépendante de l'étranglement herniaire. Quant à la majorité des cas qu'avant Malgaigne on regardait comme des exemples de cette complication, et que cet auteur et Broca ont considérés comme des faits d'inflammation pure et simple d'une hernie, on doit les ranger, comme nous le dirons bientôt, soit parmi les épiploccèles enflammées, soit parmi les hernies intestinales atteintes d'un étranglement réel, mais peu serré.

Il faut pourtant faire quelques réserves pour les corps étrangers qui s'arrêtent dans un intestin hernié et qui déterminent des phénomènes spéciaux, tantôt d'obstruction, tantôt, et le plus souvent, de péritonite herniaire. Ici encore les observations manquent de détails, quand on veut rechercher les symptômes qui ont accompagné les accidents déterminés par l'arrêt des corps étrangers. Ceux-ci sont d'ailleurs de nature variée : tantôt c'est un pied d'alouette qui a perforé l'intestin (Hévin), tantôt une épingle (J.-L. Petit), un épi de blé (Boismortier). Winckler a trouvé plusieurs os de poulet arrêtés au-dessus de la valvule iléo-cæcale en traînée dans une hernie ; J.-L. Petit, quinze os de pied de mouton ; Farcy, seize ; Mercier, Muralto, Broca père, ont retiré des lombrics de phlegmons stercoraux développés au niveau d'une hernie ; J.-L. Petit, Igouet, ont pu réduire des hernies engouées par des noyaux de cerise et faire ainsi cesser les accidents, etc., etc.

Parfois il y a des symptômes d'étranglement, vomissements fécaloïdes, constipation opiniâtre, parfois un dépérissement graduel causé par la perturbation des fonctions digestives ; le plus souvent des phénomènes locaux inflammatoires qui se dénouent par la production d'un abcès stercoral et l'issue du corps étranger. Mais si disparates que soient les faits, ils permettent d'affirmer que les corps solides, résistants, anguleux surtout, ingérés avec les matières alimentaires, peuvent s'arrêter dans un intestin hernié, déterminer l'inflammation de la hernie, une réaction générale de forme et d'intensité variables, et que ces accidents, dont la cause est facile à constater, peuvent être décrits sous le nom d'engouement, nom qui indique et l'existence d'un obstacle mécanique au cours des matières et l'absence de constriction caractérisant un étranglement.

A part ces cas rares, l'engouement ne doit plus être invoqué que comme une circonstance capable d'expliquer la production de certains étranglements, ou comme l'état de réplétion qui résulte de l'arrêt des matières dans une anse intestinale étranglée, et l'on peut conclure, ainsi que le faisait Brasdor à la Société de médecine de Paris, le 27 thermidor an IX, que cet accident, que les anciens et quelques modernes définissaient par le terme d'engouement, n'est qu'une *abstraction théorique*, qu'une *supposition*.

B. Des hernies irréductibles par inflammation (péritonite herniaire).

On donne le nom de *péritonite herniaire* à l'inflammation aiguë de la cavité du sac herniaire et des viscères qui y sont contenus.

Nous avons cherché à apprécier le rôle que joue l'inflammation dans le mécanisme de l'étranglement herniaire, et nous n'avons pas à revenir sur ce sujet. L'inflammation des hernies existe, elle est indiscutable, elle reconnaît des causes spéciales, présente des caractères anatomiques que nous allons décrire, et c'est en parlant de ses signes et de ses conséquences que nous aurons l'occasion d'aborder un des points les plus ardu de la théorie et les plus importants de la pratique chirurgicale.

ÉTIOLOGIE. — La situation anormale de l'intestin dans la hernie l'expose à des actions mécaniques auxquelles normalement il est soustrait quand il est renfermé dans la cavité péritonéale. Celles-ci résultent non-seulement de l'injure des corps extérieurs dont les enveloppes minces et souples de la hernie ne peuvent défendre l'intestin, mais de la pression des bandages plus ou moins bien appliqués, et même des frottements répétés que l'anse herniée éprouve dans le sac et dans le trajet qui y conduit. On comprend donc que l'inflammation se développe surtout dans les hernies habituellement mal contenues, dans les hernies volumineuses, anciennes, et par cela même dépourvues le plus souvent de collet, enfin dans les hernies irréductibles par adhérences, et dans celles qui ont perdu droit de domicile.

Une autre cause plus rare est l'arrêt des corps étrangers dont nous avons parlé dans le précédent paragraphe. Ceux-ci irritent mécaniquement l'intestin, et l'inflammation qu'ils déterminent gagne le sac herniaire, exactement comme l'on voit les corps semblables retenus dans l'intestin déterminer l'inflammation, l'ulcération de ses parois, puis une péritonite adhésive, un phlegmon stercoral se produire, et le corps étranger être expulsé par une fistule qui s'est établie au travers des parois de l'abdomen.

Il peut arriver qu'une anse intestinale étranglée et réduite par le taxis ou l'opération vienne tomber dans un sac herniaire placé du côté opposé et y transporter l'inflammation dont elle était atteinte : Berger a publié un fait de ce genre.

Mais le plus souvent toute cause occasionnelle fait défaut. On invoque alors un effort, un travail, une marche fatigante, un écart de régime, une indigestion, et même l'influence de l'état hygrométrique de l'atmosphère que l'on trouve incriminée dans tous les ouvrages anciens, et jusque dans la thèse de Broca et dans le travail récent de Motte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de l'inflammation ont surtout été étudiées sur des hernies qui présentaient une péritonite herniaire consécutive à un étranglement ; ce n'est, en effet, que dans ces cas que l'opération permet de les constater directement, et la nature même des

accidents qui nous occupent fait qu'on n'a que rarement l'occasion de procéder à l'examen nécroscopique. Du reste, la confusion que, depuis Malgaigne, beaucoup de chirurgiens ont faite entre certaines variétés d'étranglements et l'inflammation des hernies, ôte toute valeur à la description des lésions. Ce n'est donc qu'avec réserve que l'on peut appliquer aux hernies intestinales simplement enflammées le tableau des modifications inflammatoires qui surviennent dans une hernie étranglée.

Parmi les caractères anatomiques de l'étranglement herniaire, les uns dérivent immédiatement de la constriction : ce sont les lésions que l'on observe surtout au contour de la portion serrée (sillon circulaire, section partielle ou totale des tuniques intestinales, etc.); les autres sont dus à l'inflammation du sac herniaire et de l'intestin (rougeur, vascularisation, épanchement liquide dans le sac); d'autres enfin procèdent probablement à la fois de la constriction et de l'inflammation : ce sont l'œdème de l'intestin et du mésentère, les épanchements sanguins dans l'épaisseur des parois intestinales, la gangrène.

Les premiers de ces caractères manquent constamment dans les hernies simplement enflammées; les seconds ont pu être directement constatés dans un certain nombre de cas. L'intestin, dont une longueur considérable est généralement contenue dans le sac, présente une rougeur plus vermeille, moins sombre, moins livide que dans l'étranglement; un certain degré d'œdème de ses parois existe, et l'on observerait parfois de petits abcès dans leur épaisseur. Ces lésions seraient, suivant Heulhard, plus accentuées dans les points les plus éloignés de l'anneau.

Malgaigne, Broca, affirment que le sac, le plus souvent, ne contient pas de liquide; pourtant un certain nombre d'observations mentionnent l'existence d'un épanchement clair, plus souvent louche, floconneux, tenant en suspension des fausses membranes, parfois même purulent (Berger). Il existe dans ce cas un véritable abcès du sac, circonscrit par des fausses membranes.

Les adhérences, en effet, sont la lésion la plus constante que détermine l'inflammation. Elles unissent les anses intestinales entre elles, ou bien encore à l'épiploon et à la paroi; elles rendent compte de l'irréductibilité définitive, partielle au moins, qui est la conséquence la plus ordinaire de la péritonite herniaire quand elle s'empare d'une hernie antérieurement réductible. Comme dans l'étranglement herniaire, ces adhérences paraissent se développer de préférence au niveau du bord mésentérique de l'intestin. Dans un cas rapporté par Mougeot dans sa thèse, l'intestin, replié sur lui-même, formait par l'adossement de ses parois un éperon saillant qui opposait au passage des matières un obstacle infranchissable. Il n'y avait aucune sorte de constriction ni par le collet du sac, ni par les anneaux, mais simplement péritonite et adhérences. Dans une note annexée à ce travail, Trélat ajoute qu'il eut l'occasion de voir deux cas semblables, dont l'un fut communiqué par

lui à la Société de chirurgie (1). Ainsi les adhérences peuvent devenir le point de départ d'une véritable occlusion, d'un étranglement interne survenu dans l'intérieur du sac herniaire.

L'inflammation peut-elle par elle-même conduire à la gangrène? Il est permis d'en douter. Broca, qui, sur la foi de Fabrice de Hilden, de Méry et d'autres auteurs, cite des exemples de gangrène étendue de l'intestin, survenue à la suite d'inflammations de hernies volumineuses, ajoute qu'il n'est pas certain que, dans ce cas, il n'y ait pas eu un certain degré de constriction, d'étranglement consécutif. Comme preuve indiscutable que la gangrène peut s'emparer de l'intestin en l'absence de tout étranglement, il ne trouve qu'une observation fort obscure de Pott; et dans ce cas l'intestin était couvert de plaques gangréneuses qui n'occupaient qu'une partie de l'épaisseur de l'intestin, ainsi qu'on put le constater lors de leur exfoliation.

A côté de ces désordres communs à l'inflammation primitive des hernies et à celle qui fait suite à l'étranglement, il faut ranger quelques lésions plus rares et qui, produites par la cause qui a déterminé la péritonite herniaire, relèvent d'elle et nullement de l'inflammation : tels sont les épanchements sanguins produits par les violences extérieures, la rupture directe de l'intestin, celle du sac, enfin les perforations qui laissent passer les corps étrangers et les phlegmons stercoraux qui en résultent.

SYMPTOMATOLOGIE. — Pour étudier les symptômes que détermine l'inflammation d'une hernie intestinale ou intestino-épiploïque, il convient de faire une distinction absolue entre les cas où la péritonite herniaire était manifestement indépendante de tout étranglement, et ceux qui sont regardés par la plupart des auteurs comme des exemples d'étranglements peu serrés survenus dans des hernies volumineuses. Les premiers seuls présentent une importance véritable, mais ils sont rares; G. Richelot en a réuni quelques exemples à peine dans sa thèse inaugurale; on peut y ajouter ceux qu'ont rapportés Berger, Mougeot et quelques autres.

Dans ces quelques observations, l'affection s'est présentée avec les caractères les plus divers. *Du côté de la tumeur*, tantôt on a noté le peu de tension, la consistance molle, l'absence de douleur, la réductibilité partielle au moins (2); tantôt le sac était manifestement distendu par une collection liquide qui fut à plusieurs reprises évacuée par la ponction (3); ou bien il existait les signes d'un phlegmon du sac, sans irréductibilité ni tension manifestes (Berger), enfin tous les caractères d'un véritable étranglement (Mougeot). Les vomissements ont rarement manqué, ce qui s'explique aisément par la généralisation de la péritonite dans tous ces cas terminés par l'autopsie; mais presque toujours

(1) Bull. de la Soc. de chir., 12 avril 1871.

(2) Laborde, Bull. de la Soc. anat., 1862, p. 138.

(3) Doyen, Bull. de la Soc. anat., 1856, p. 460

la constipation était peu marquée, ou même elle était remplacée par de la diarrhée. L'état général au milieu duquel la mort est survenue était également celui qui accompagne le plus souvent une péritonite intense : face grippée, cyanose, algidité.

Si, de ces cas, où l'absence d'étranglement et l'existence d'une péritonite herniaire qui s'était généralisée ont pu être démontrées par l'examen anatomique, on passe aux faits où la hernie a été réduite et où le malade a guéri, on trouve un tableau très-différent. En général la tumeur est volumineuse, peu tendue, modérément douloureuse à la pression. Elle résiste à des efforts très-modérés de réduction, mais finit presque toujours par céder, à moins que les adhérences partielles qui se sont établies ne permettent qu'une réduction imparfaite. Presque toujours il est possible, en explorant le pédicule de la tumeur, d'introduire le doigt entre celui-ci et l'anneau qui lui donne passage. D'ailleurs, du côté du ventre, tous les signes d'un étranglement peu pressant constipation, vomissements plus rares que dans l'étranglement franc et n'ayant guère souvent le caractère fécaloïde; état général peu altéré, se rapprochant plus de celui qui accompagne l'étranglement que de la réaction déterminée d'ordinaire par les inflammations véritables.

La marche, étudiée dans ce second ordre de faits surtout, conduit à des terminaisons très-diverses après un temps variable. Tantôt, c'est le cas le plus fréquent, sous l'influence de pressions exercées par le malade ou par le chirurgien, la hernie se réduit, et en peu de temps la guérison est complète; tantôt la tumeur, abandonnée à elle-même, finit par rentrer spontanément au bout d'un certain nombre de jours. Quelquefois, soit que les efforts de taxis aient été couronnés de succès, soit que la hernie n'ait point été ou n'ait pu être réduite, une péritonite généralisée se déclare et suit une marche aiguë ou subaiguë. Enfin, parfois, les symptômes qui manquaient au tableau classique de l'étranglement apparaissent peu à peu, les vomissements changent de caractère, deviennent fécaloïdes, le ventre se tuméfie, la cyanose, l'algidité surviennent, et le malade présente tous les signes d'un étranglement confirmé.

On voit, d'après le peu d'uniformité de ces symptômes, combien il serait difficile de faire de l'inflammation une complication que l'on pût opposer à l'étranglement, ainsi que Malgaigne s'était cru autorisé à le faire.

Toute hernie intestinale ou intestino-épiploïque devenue irréductible depuis un temps très-limité, qui s'accompagne de constipation et de vomissements, doit être considérée comme étranglée. Rien dans l'anatomie pathologique ni dans la symptomatologie n'autorise à envisager deux classes de faits : une irréductibilité s'accompagnant d'accidents à marche lente, due à l'inflammation ; une irréductibilité entraînant des désordres rapidement graves, constituant l'étranglement.

Il convient pourtant de faire quelques réserves pour les hernies intestinales ou intestino-épiploïques très-volumineuses, celles surtout qui

sont habituellement mal contenues ou même irréductibles en partie. Celles-ci sortent parfois plus volumineuses que d'habitude, sans que l'on puisse assigner un début précis aux accidents; elles sont peu tendues, mais douloureuses; le pédicule ne paraît pas fortement serré à l'anneau herniaire. Malgré la constipation, il n'existe que peu ou point de vomissements et pas de réaction générale; il semble, et l'on peut souvent s'en assurer aussitôt, que le taxis aurait promptement raison de la tumeur, et que la hernie ne tarderait même peut-être pas à rentrer spontanément ou sous l'influence des moyens qui seront décrits sous le nom de moyens médicaux. Si par le mot d'inflammation on veut alors marquer une bénignité particulière du pronostic, si l'on veut indiquer une réserve opératoire sur laquelle nous reviendrons en parlant du traitement, on peut dire que ces hernies sont simplement enflammées et non point étranglées; mais on devra se souvenir qu'ici même l'inflammation est aussi peu démontrée que l'absence d'une constriction, et que le terme dont on se sert pour établir une distinction utile en pratique répond à une idée théorique tout au moins fort hasardée.

Comme conclusion de cette discussion on peut adopter, ainsi que l'a fait Richelot, les propositions suivantes :

La péritonite herniaire existe; elle complique l'étranglement herniaire; elle peut contribuer peut-être à le déterminer parfois ou à le rendre plus serré.

Elle peut se développer, en l'absence de tout étranglement, sous l'influence de causes accidentelles. Elle ne s'accompagne alors d'aucune des apparences de l'étranglement herniaire, et ses caractères cliniques, très-variés et très-incertains, ne permettent pas de la décrire en dehors de la cause qui l'a produite et des complications qu'elle entraîne.

Il existe certaines hernies volumineuses qui sont probablement le siège d'un étranglement peu serré, et que l'on dit volontiers *enflammées*, pour marquer la différence qui les sépare, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, des hernies positivement étranglées.

Quant aux pseudo-étranglements véritables dérivant d'une péritonite herniaire, à ces faits si rares d'occlusion intestinale produite par les adhérences résultant d'une péritonite herniaire récente, faits signalés par Mougeot, on ne peut les distinguer de l'étranglement véritable.

#### C. Des occlusions intestinales qui surviennent dans un sac herniaire.

Nous avons à mentionner sous ce titre des faits insolites dans lesquels il s'est produit une véritable occlusion intestinale dans une hernie, sans qu'il y ait à proprement parler d'étranglement par le collet du sac et par les anneaux : ce sont, en quelque sorte, des exemples d'étranglement interne survenu dans une hernie.

a. On a vu que, d'après Pigray et Scarpa, la torsion d'une anse intes-

tinale sur elle-même, au moment où elle venait tomber dans un sac herniaire, pouvait ajouter ses effets à ceux de la constriction produite par l'orifice herniaire. Il est probable que cette disposition, analogue à celle que produit le volvulus, est incapable à elle seule d'apporter un obstacle permanent au cours des matières, et qu'il s'y joint toujours un certain degré d'étranglement véritable.

b. De même que l'existence de brides saillantes à l'intérieur de la cavité péritonéale peut déterminer les accidents de l'étranglement interne, des brides fibreuses, se rattachant par leur deux extrémités à la face interne du sac, peuvent comprimer et étrangler l'intestin. J'ai eu tout récemment l'occasion d'en observer un bel exemple chez un vieillard de soixante-douze ans, entré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis pour une hernie inguinale irréductible, et présentant les signes d'un

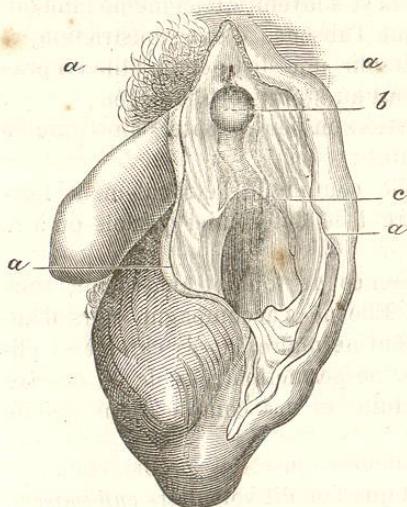


FIG. 18. — Étranglement par une bride fibreuse. — aa. Sac ouvert. — b. Anneau inguinal. — c. Bride fibreuse sous laquelle l'intestin s'était engagé.

étranglement à marche rapide.

L'ouverture du sac (fig. 18) nous montra l'existence d'une bride fibreuse, longue de 27 centimètres, qui faisait suite à une sorte de colonne fibreuse analogue aux colonnes charnues du cœur, émanant de la demi-circonférence externe de l'anneau inguinal. La partie libre de la bride venait se fixer à la paroi interne du sac, et formait un anneau dans lequel l'anse intestinale s'était engagée et étranglée.

Ces brides sont quelquefois multiples (1). Dans un cas de hernie ombilicale observé par Berger, elles laissaient au-dessous d'elles plusieurs orifices où l'intestin était si bien enchevê-

tré, qu'il fut extrêmement difficile de l'en séparer à l'autopsie. c. L'épiploon, contenu dans le sac en même temps que l'intestin, peut présenter des perforations où ce dernier s'engage et s'étrangle. D'autres fois, il forme une sorte de corde sur laquelle l'intestin peut s'enrouler; Arnaud, Schuh, John Paul, en ont cité des exemples. Quant aux sacs épiploïques décrits par Prescott Hewett (2), on a admis, peut-être sans preuve suffisante, que le collet qu'ils présentent pouvait devenir un véritable agent d'étranglement.

d. On a vu l'intestin s'engager dans une rupture du sac et s'y étrangler.

(1) Gaulmain de Latronçai, *Journal de Vandermonde*, t. XXXV, p. 84, 1771.

(2) *Journal de Malgaigne*, t. VI, 1846.

C'est presque toujours dans les hernies inguinales que ce fait s'observe, et la présence d'un certain degré d'hydrocèle de la tunique vaginale paraît être nécessaire à sa production. Dans une observation empruntée à la pratique de Ad. Richard et rapportée par Broca, l'étranglement était double et portait sur l'intestin, à la fois au niveau du collet du sac et de la perforation du diaphragme membraneux. Nous verrons, en traitant des hernies inguinales congénitales, que ces faits sont susceptibles encore d'une autre interprétation. Il n'en est pas moins vrai que certains exemples probants, dus à Rémond et à Dupuytren, démontrent la réalité de la rupture du sac par le fait d'un traumatisme et de l'étranglement de l'intestin dans la perforation ainsi produite.

e. Il faut encore rappeler ces cas de hernie à sac double et surtout à sac intérieur, *hernies propéritonéales*, où l'intestin, libre dans le renflement superficiel du sac, peut être étranglé dans son diverticule profond; de là coexistence des signes fonctionnels de l'étranglement avec les apparences d'une hernie réductible au moins en partie. Nous reviendrons sur ces faits, dont nous avons déjà décrits les caractères anatomiques, à propos du diagnostic et surtout à propos du taxis et de ses accidents.

f. Enfin, l'inflammation qui se développe dans un sac herniaire peut, exceptionnellement, déterminer l'adhésion des parois opposées de l'anse intestinale herniée, la formation d'un éperon qui mette obstacle au cours des matières, et une occlusion par brusque soudure, ainsi que le prouvent l'observation de Mougeot et les faits signalés à ce propos par Trélat (1).

### 3° Des hernies intestinales et intestino-épiploïques simplement irréductibles.

Si l'irréductibilité n'est le plus souvent qu'un des signes d'une complication récente, à marche rapide et menaçante pour l'existence, on voit certaines hernies qui ont perdu la faculté de céder aux efforts de réduction depuis un temps plus ou moins long, sans qu'aucun accident soit la conséquence de cet état nouveau. L'irréductibilité totale ou partielle est alors par elle-même une complication dont l'existence, sous l'influence de causes occasionnelles, peut amener d'autres dangers et favoriser l'apparition de nouveaux désordres.

Dans cet ordre de faits nous trouvons d'abord les hernies qui ont acquis un volume énorme, qui ont peu à peu dilaté les anneaux jusqu'à l'extrême, dont la présence presque constante dans le sac n'a pas permis au travail de formation du collet de se produire. On dit que ces hernies sont devenues *incoercibles* ou qu'elles ont *perdu droit de domicile dans l'abdomen*. Le sac herniaire, en effet, est devenu un véritable diverticule de la cavité péritonéale, assez spacieux parfois pour loger une

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie* (12 avril 1871).