

son volume définitif. Le volume peut donc s'accroître insensiblement après le début des accidents; il est facile de voir dans l'interstice des parois abdominales la progression des anses intestinales chassées par la sortie d'anses nouvelles. L'étranglement n'a donc point pour causes les agents ordinaires, anneau ou collet du sac; il ne peut être dû qu'au mécanisme indiqué par O'Berne, ou, ce qui me paraît plus vraisemblable, à la compression des anses intestinales par les muscles de l'abdomen. Je suis disposé à accepter que dans la hernie inguino-interstitielle les choses se passent de la manière suivante : la hernie, limitée pendant de longues années à la région inguinale, se réduit aisément et ne donne lieu à aucun accident. Sous l'influence d'une contraction brusque et violente des muscles de l'abdomen, les viscères, refoulés de toute part et ne trouvant de libre que l'interstice des muscles, s'y engagent avec force. Qu'en résulte-t-il? C'est qu'une anse d'intestin se trouve serrée entre deux plans résistants et contractiles : en avant, une forte aponévrose tendue par la contraction du grand oblique; en arrière, le petit oblique et le transverse. L'anse est fatalement aplatie et la circulation intestinale interrompte.

Comment s'expliquer que, malgré cette compression suffisante pour étrangler l'intestin, celui-ci continue à s'y engager sous de nouveaux efforts? L'anatomie fournit une réponse facile à l'objection. L'intestin est resserré par les plans qui sont placés en avant et en arrière de lui; mais, en haut, la lame de tissu celluleux qui sépare les deux couches ne lui offre qu'un très faible obstacle : il suffit d'introduire sur le cadavre le doigt au-dessous de l'aponévrose du grand oblique pour se rendre compte de ce fait.

Il n'est pas dans ma pensée de prétendre que la hernie inguino-interstitielle ne s'étrangle jamais par l'anneau ou par le collet du sac, mais j'affirme qu'il peut n'en pas être ainsi et je ne vois guère d'objections à faire au mode d'étranglement dont je viens de parler.

L'étranglement de cette hernie présente une gravité particulière. La réduction par le taxis en est très difficile et la kélotomie a moins de chances de réussir que dans la hernie inguinale habituelle.

On ne peut guère compter, dis-je, sur le taxis pour obtenir la réduction; en effet, lorsqu'une hernie est formée par plusieurs anses d'intestin (ce qui me paraît être la règle dans l'espèce), deux conditions sont nécessaires pour réduire : exercer la pression dans la direction de l'orifice qui a livré passage à l'intestin, agir sur la portion qui s'est engagée la dernière, et de proche en proche sur les autres parties. Faut de remplir ces deux conditions, on n'obtient comme résultat que d'aplatir les anses les unes contre les autres. Ajoutons que, dans la circonstance présente, il existe une difficulté que le taxis ne nous paraît pas pouvoir surmonter : c'est l'interposition d'une paroi très épaisse entre le sac et les mains de l'opérateur, ce qui rend la pression beaucoup trop médiate. Pour réduire une hernie interstitielle, l'intestin doit être refoulé obliquement de haut en bas et la pression être exercée sur la paroi abdominale. Mais n'est-il pas évident qu'une pareille pression, au lieu de dégager l'intestin, ne fera qu'appliquer davantage l'une contre l'autre les deux parois antéro-postérieures qui limitent le sac et augmenter ainsi la constriction? Lorsque la masse intestinale est mise à nu, le chirurgien éprouve encore une certaine difficulté à la faire rentrer dans la cavité abdominale. Il faut donc compter bien peu