

naître quand la hernie est réductible; à plus forte raison, cette recherche devient-elle à peu près impossible quand la hernie est étranglée.

La hernie interne descend dans le scrotum moins facilement que l'externe et reste ainsi plus longtemps que l'autre à l'état de bubonocèle. A cette période, le diagnostic peut être établi, si la hernie est récente, la tumeur ayant son grand axe oblique en bas et en dedans dans la hernie externe, tandis que ce même axe est vertical dans la hernie interne, en même temps que cette dernière est plus rapprochée de la ligne médiane; mais, je le répète, quand les deux anneaux se sont confondus en un seul, tout diagnostic différentiel devient impossible. Il n'existe donc aucun signe, dans une hernie inguinale ancienne, qui puisse faire distinguer sûrement si l'intestin s'est primitivement engagé par la fossette externe ou par les fossettes internes, et l'on ne sait jamais, lorsqu'une semblable hernie s'étrangle, à quel côté du sac correspond l'artère épigastrique.

Les dispositions anatomiques nous permettent toutefois de sortir d'embarras. On peut, en effet, constater que si les fossettes inguinales présentent en bas et sur les côtés des rapports importants, il n'en est pas de même en haut; elles sont simplement limitées dans ce sens par les diverses couches amincies de la paroi abdominale, en sorte que, dans les trois espèces de hernie inguinale, le débridement peut, sans danger, être pratiqué en haut.

Il résulte donc : 1° de la situation de l'artère épigastrique et du cordon spermatique sur l'un des côtés du sac dans la hernie inguinale (en dedans, si la hernie est externe; en dehors, si elle est interne); 2° de l'impossibilité où l'on se trouve, dans la majorité des cas, d'établir le diagnostic différentiel entre les deux espèces de hernie inguinale; 3° de l'absence d'organes importants à la partie supérieure du collet du sac dans ces deux espèces, il résulte, dis-je, de ces trois données, que *dans la hernie inguinale étranglée, le débridement doit porter directement en haut.*

J'indiquerai, plus loin, comment il convient d'opérer ce débridement.

Les fossettes inguinales correspondent aux deux orifices d'un canal qui traverse obliquement la région, le canal inguinal, dont l'histoire est intimement liée à celle des fossettes.

Canal inguinal.

Envisagée au point de vue de la superposition des couches qui la constituent, de la peau vers le péritoine, la région du canal inguinal présente une disposition analogue à celle que j'ai signalée précédemment : il est donc inutile d'y revenir. Ce qui la distingue, c'est que les couches sont obliquement traversées par le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond de l'utérus chez la femme. Il en résulte l'existence d'un trajet, d'une sorte de canal virtuel, auquel on a donné le nom de canal inguinal. Il semblerait rationnel d'étudier avec le canal inguinal les organes qu'il renferme, mais il me paraît plus utile de ne pas scinder l'importante étude du cordon spermatique, et de le décrire plus tard avec les organes génitaux comme une région spéciale. Le canal inguinal présente une importance de premier ordre, car c'est toujours par ses orifices, et le plus ordinairement en suivant son trajet, que les viscères sortent de la cavité abdominale pour constituer la hernie inguinale.

Le canal inguinal, situé immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, est