

Sans vouloir prétendre que ce ligament ne contribue jamais à produire l'étranglement de la hernie inguinale directe, je pense qu'il doit y prendre une bien faible part.

De la circonférence de l'orifice externe se détache une toile celluleuse mince, prolongement de la gaine du muscle grand oblique. Recouvrant le cordon, elle l'accompagne jusque dans le scrotum et forme une des enveloppes de la hernie inguinale. Cette membrane n'empêche pas que, sur le vivant, on puisse sentir avec le doigt le contour de l'anneau.

La portion la plus interne de cet orifice, celle qui est comblée par le ligament de Colles, correspond à la fossette interne ou sus-pubienne ; la portion la plus externe, c'est-à-dire l'orifice proprement dit, correspond à la fossette moyenne. Il en résulte que, si une anse d'intestin s'engage par la fossette interne, elle ne pourra parvenir à l'orifice externe, qui est l'aboutissant des trois espèces de hernie inguinale, qu'après avoir suivi un trajet oblique en bas et en dehors. C'est pour ce motif que Velpeau a désigné cette hernie sous le nom d'*inguinale oblique interne*. Elle est fort rare. Si le diagnostic en est, à la rigueur, possible au début, grâce à la direction de la tumeur, cela devient bientôt impossible, en sorte qu'au point de vue pratique on peut faire abstraction de cette espèce et la confondre avec la hernie directe.

Lorsqu'un viscère s'échappe par la fossette moyenne, il suit, pour arriver à l'orifice cutané, un trajet direct, d'arrière en avant, d'où le nom de *hernie directe* donné à cette espèce. Si l'on considère que la paroi abdominale présente, au niveau de la fossette moyenne, sa plus faible résistance, puisqu'elle est privée en ce point de ses éléments les plus solides (aponévrose du grand oblique, muscles petit oblique et transverse), on sera porté à croire que c'est le lieu d'élection des hernies inguinales. Il n'en est rien : malgré la rectitude et la brièveté du trajet à parcourir, bien que l'intestin n'ait à repousser au-devant de lui que le péritoine, le fascia propria et le fascia transversalis constituant ensemble une couche fort mince, la hernie directe est infiniment plus rare que la hernie indirecte.

Pour se rendre compte de ce fait, en apparence contradictoire, il faut remarquer que la plupart des hernies inguinales externes datent de l'enfance ou de la jeunesse, alors que persistait une portion du canal vagino-péritonéal ; lorsqu'une hernie inguinale apparaît à un âge avancé de la vie, elle est presque toujours directe ou interne.

L'anneau externe présente des modifications physiologiques importantes. Sans admettre, avec Thompson, que la contraction des muscles grands obliques de l'abdomen puisse déterminer un *étranglement spasmodique* de l'intestin, ce qui n'a jamais, que je sache, été constaté, il n'est pas moins certain que la contraction de ces muscles tend les piliers de l'anneau inférieur, les rapproche l'un de l'autre, et resserre ainsi la boutonnière qu'ils circonscrivent. Le relâchement de ces muscles donne, au contraire, à l'anneau sa plus grande largeur. Toute position qui nécessite la contraction des muscles abdominaux resserre l'anneau. Les mouvements du membre inférieur qui ferment le mieux l'anneau sont l'extension et l'adduction. C'est donc dans cette attitude qu'il convient de placer les malades après l'opération de la hernie étranglée. Les mouvements qui ouvrent le mieux l'anneau sont la flexion et l'abduction de la cuisse ; aussi, lorsqu'on pratique le taxis, le membre inférieur doit-il être mis