

Malheureusement, ainsi que je l'ai déjà dit, le diagnostic entre ces deux espèces est presque toujours impossible : aussi convient-il, dans la hernie inguinale étranglée, de débrider directement en haut ; et même alors il faut savoir que si de la sorte on se met, le plus possible, à l'abri du danger, on court encore les risques de blesser l'artère épigastrique, surtout s'il s'agit d'une hernie directe : dans ce cas, en effet, par suite de sa courbure normale, l'artère décrit autour de la hernie une demi-circonférence et se rapproche beaucoup de la partie supérieure du collet du sac. Aussi, faut-il débrider suivant une ligne exactement verticale, parallèle à la ligne blanche. De plus, il convient de ne pas débrider largement, mais dans l'étendue de quelques millimètres seulement et, une fois l'incision faite, d'agrandir l'orifice en pressant avec l'extrémité du doigt qui a servi de conducteur au bistouri, ou bien avec l'extrémité d'une sonde cannelée. A moins de disposition anormale impossible à prévoir, je considère cette méthode comme devant mettre absolument à l'abri de la blessure de l'épigastrique.

Le canal inguinal présente des dimensions en rapport avec le cordon spermatique et, comme ce dernier, elle offre un calibre sensiblement égal dans toutes ses parties. Chez certains sujets, l'orifice supérieur est plus large qu'à l'état normal, la fossette externe est plus profonde, le canal représente alors un infundibulum à base supérieure. Cette disposition prédispose à la hernie inguinale, ou plutôt c'est le premier degré de la hernie, *la pointe de hernie*. Cependant, cet état peut rester permanent, puisque, sur 755 hernies examinées par Malgaigne chez les vieillards de Bicêtre, les pointes de hernie entrent pour le chiffre de 160.

Plus souvent encore le second degré se produit, c'est-à-dire que l'intestin s'engage dans le canal inguinal et en occupe toute l'étendue, sans toutefois franchir l'orifice cutané ; 331 malades étaient dans ce cas. Cette hernie, dite *interstitielle*, est susceptible, comme la précédente, de guérir radicalement : aussi, faut-il engager vivement les malades à porter un bandage, bien qu'ils n'éprouvent qu'un gêne très médiocre.

Lorsque les viscères herniés franchissent l'anneau cutané et font saillie à la partie interne de l'aîne, c'est le *bubonocèle* ; Malgaigne en trouva 178. Enfin, la dernière étape de la hernie inguinale oblique externe est la descente dans le scrotum le long du cordon. On lui donne le nom d'*oschéocèle*. Sur les 755 hernieux, Malgaigne en trouva 86 seulement. D'après cet auteur, tant que les parois abdominales ne sont point affaiblies par l'âge (il donne comme limite trente-six ans), on peut obtenir la cure radicale de ces hernies à l'aide d'un bon bandage.

J'ai signalé, en 1871, une variété de hernie inguinale fort importante, dont l'anatomie topographique rend si bien compte qu'il me paraît utile d'y insister ici. Il s'agit de la hernie interstitielle.

C'est à la seconde phase, caractérisée par le trajet des viscères à travers le canal inguinal, que les auteurs classiques avaient donné le nom de *hernie inguino-interstitielle*. Ce nom fut proposé par Goyrand (d'Aix), et c'était le meilleur, puisque, sans préjuger de la nature de la hernie, il ne fait qu'en préciser rigoureusement le siège anatomique. L'expression d'*intrapariétale*, em-