

ployée par Dance, est moins bonne, car, ainsi que nous le verrons plus loin, la hernie n'est pas en contact seulement avec les parois du canal inguinal. Cette variété était si bien considérée comme correspondant à une période d'évolution de la hernie inguinale que, dans son article HERNIE du *Dictionnaire* en 30 volumes, Velpeau l'appelle *hernie inguinale incomplète*. Astley Cooper la décrit sous le nom de *hernie inguinale petite*, expression défectueuse par excellence, puisque la véritable hernie interstitielle est, au contraire, le plus souvent très volumineuse. Gosselin ne fait que signaler la hernie interstitielle dans un chapitre intitulé : VARIÉTÉS RARES.

Goyrand (d'Aix) envoya sur ce sujet à l'Académie de médecine, en 1834, un mémoire basé sur cinq observations. Il proposa un nom nouveau : *hernie inguino-interstitielle*, et s'efforça de donner à cette variété une autonomie dont elle n'avait pas joui jusqu'alors.

Cependant, pour Goyrand lui-même, c'est toujours une hernie inguinale oblique externe arrêtée dans sa marche, c'est une phase de la hernie complète ; si l'étranglement ne fût pas survenu, les viscères auraient sans doute franchi l'orifice externe et pénétré dans le scrotum. Goyrand publie dans ce mémoire cinq observations, dont trois seulement sont réellement inguino-interstitielles.

La vérité est qu'il existe une hernie inguinale interstitielle, aussi rare qu'elle est grave, liée à des conditions anatomiques spéciales, véritable hernie inguinale, puisqu'elle ne peut franchir l'anneau externe, et interstitielle, puisque, si une force quelconque l'oblige à se développer, elle ne trouve pour cela devant elle que l'interstice des couches de la paroi abdominale. Cette variété ne correspond point à une phase de la hernie inguinale classique ; par son développement elle peut devenir ventrale, jamais scrotale. L'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement méritent une description spéciale ; les conditions anatomiques qui en déterminent la production ont droit surtout à l'attention du chirurgien.

Que l'étranglement se produise à chacune des phases d'évolution de la hernie et, par conséquent, arrête brusquement l'intestin dans sa marche, on le conçoit aisément ; mais pourquoi certaines hernies restent-elles limitées obstinément à la région inguinale, sans jamais franchir l'anneau ? Pourquoi pénètrent-elles, dans certains cas, à travers les couches de la paroi abdominale qu'elles décollent les unes des autres, plutôt que de remplir le scrotum ? C'est que l'anneau du grand oblique n'existe pas, ou bien qu'il est si étroit que sa résistance à l'impulsion des viscères abdominaux l'emporte sur l'adhésion des couches de la paroi abdominale entre elles. En pareil cas, la hernie ne peut se développer qu'à l'intérieur du canal. Or, les parois de ce canal sont aponévrotiques et, partant, résistantes en avant, en arrière et en bas. En haut, au contraire, la paroi, plutôt virtuelle que réelle, présente une couche abondante de tissu cellulaire très lâche : c'est donc dans cette paroi que va s'engager l'intestin.

*La condition anatomique nécessaire pour la production de la hernie inguino-interstitielle vraie, c'est-à-dire permanente, est l'absence ou l'étroitesse extrême de l'anneau du grand oblique de l'abdomen.*

Dans quelle circonstance observe-t-on l'absence ou l'étroitesse extrême de l'orifice inférieur du canal inguinal ? C'est lorsque le testicule, n'opérant pas sa migration habituelle, reste dans le trajet inguinal sans franchir l'anneau, ou