

bien lorsqu'il reste inclus dans la cavité abdominale (1). Le premier de ces deux genres d'ectopie testiculaire prédispose infiniment plus à la hernie inguino-interstitielle que le second, puisque l'orifice supérieur du canal inguinal est ouvert dans le premier cas et fermé dans le second.

L'ectopie testiculaire dans le trajet inguinal est intimement liée à la hernie interstitielle; les faits viennent s'ajouter à la théorie pour démontrer cette proposition.

Le testicule entraîne dans sa migration le péritoine, qui deviendra plus tard la tunique vaginale, et presque toujours, dès les premiers temps de la vie extra-utérine, la communication entre ces deux cavités cesse d'exister. Lorsque le testicule s'arrête dans le canal inguinal, la continuité persiste, au contraire, ordinairement entre la vaginale et le péritoine, en sorte que l'intestin trouve là un sac tout préparé et peut s'y engager dès la naissance; il en résulte que la hernie inguino-interstitielle est généralement congénitale.

Cette variété de hernie n'est pas caractérisée seulement par son étiologie, elle diffère encore de la hernie inguinale ordinaire par ses symptômes et son traitement. Elle siège dans l'épaisseur de la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, qui la limite rigoureusement en bas; le bord externe du muscle droit en forme la limite interne, limite infranchissable par suite de la disposition aponévrotique: en haut et en arrière, ses limites sont indéterminées. Dans un cas que j'ai publié, le sac remontait jusqu'au niveau de l'ombilic en haut, et à 8 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure en dehors. Le testicule gauche atrophie faisait partie de la paroi antérieure du sac. L'intestin hernié ne mesurait pas moins de 38 centimètres. La laxité des couches entre lesquelles chemine l'intestin rend compte de ce fait.

La *forme* est toute spéciale. Loin d'être globuleuse, arrondie, la hernie est aplatie et forme un relief fort variable à la surface de la paroi abdominale. Dans les cas observés jusqu'à présent, les viscères siégeaient derrière l'aponévrose du grand oblique, mais on conçoit qu'ils puissent s'engager dans la couche celluleuse très lâche qui sépare le muscle transverse du *fascia transversalis*, et la tumeur, à peine appréciable à l'extérieur, serait alors d'un diagnostic bien difficile.

Le relief de la tumeur est peu considérable en général, à cause de cet aplatissement; néanmoins, il peut varier notablement suivant l'épaisseur de la paroi abdominale. Qu'il existe sous la peau une épaisse couche de graisse, la hernie sera en partie dissimulée: par contre, la maigreur du sujet rendra la hernie beaucoup plus accessible à l'œil et au toucher.

Les caractères précédents, tirés du siège, de la forme et du volume, nous paraissent différencier suffisamment la hernie inguino-interstitielle de la hernie inguinale ordinaire.

La marche de cette affection présente généralement un caractère bien remarquable. Lorsqu'une hernie est étranglée, son volume reste le même pendant la période d'étranglement, c'est-à-dire qu'une nouvelle portion d'intestin ne continue pas à s'engager dans le sac, à la suite de celle qui est étranglée. La hernie, à moins que du liquide ne s'épanche dans le sac, atteint tout du suite

(1) A l'autopsie d'un sujet affecté d'ectopie testiculaire inguinale gauche et mort à la suite d'une hernie inguino-interstitielle, je trouvai l'orifice inférieur du canal inguinal réduit à un pertuis ne livrant passage qu'à un mince filet nerveux.