

sur le taxis pour réduire une hernie inguino-interstitielle vraie, et recourir promptement à la kélotomie.

Cette opération diffère de celle que l'on pratique pour la hernie inguinale ordinaire. Le sac est, en effet, recouvert par la peau, les deux lames du fascia superficialis, l'aponévrose du grand oblique et souvent quelques fibres du muscle petit oblique. Il faudra donc diviser ces couches méthodiquement, l'une après l'autre, pour arriver sur l'intestin. Une incision proportionnée au volume de la hernie sera faite à la peau; l'incision sera parallèle au ligament de Fallope et située à 2 centimètres au-dessus. La première partie de cette opération ressemble assez exactement à celle qui a pour but la ligature de l'artère iliaque externe. Après avoir ouvert le sac dans une étendue égale à l'incision des téguments, le chirurgien dégagera les anses intestinales de la loge qu'elles occupent dans l'épaisseur de la paroi et les ramènera en bas; recherchant ensuite la cause de l'étranglement, il portera son doigt vers l'orifice supérieur du canal et, s'il le trouve trop étroit pour permettre la réduction, il en fera le débridement comme à l'ordinaire.

Les chirurgiens qui se sont trouvés en présence de hernies inguino-interstitielles étranglées, tout en n'en connaissant pas la pathogénie, ont dû procéder à l'opération de la manière que je viens d'indiquer. Aussi Malgaigne a-t-il absolument tort quand il dit : « Sanson raconte sans sourciller qu'il a été contraint six fois d'*inciser le côté antérieur du canal inguinal et de la paroi antérieure de l'abdomen jusqu'au niveau de la crête iliaque*; et Dupuytren, ajouta-t-il, avait déjà fourni des faits analogues. J'en trouve en effet deux, recueillis à l'Hôtel-Dieu, dans une thèse de Claudius Dance, sur la hernie intrapariétale; et M. Goyrand, marchant dans la même voie, en a publié deux autres... Et pour-quoi de tels dégâts? »

Si Malgaigne se fût trouvé en présence d'une hernie inguino-interstitielle vraie, il n'aurait pu agir autrement que ses devanciers.

De ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1. On doit réserver le nom de *hernie inguino-interstitielle* à celle qui, *ne pouvant jamais devenir scrotale*, élit son domicile dans le canal inguinal, et, consécutivement, dans l'interstice de la paroi abdominale;
2. La condition anatomique indispensable à l'existence de cette hernie est l'absence ou l'étrécissement extrême de l'orifice inférieur du canal inguinal;
3. Cette disposition de l'orifice est intimement liée à l'ectopie testiculaire. L'ectopie inguinale favorise par excellence la production de la hernie inguino-interstitielle, qui est alors congénitale;
4. L'étranglement de cette variété de hernie est surtout le résultat de la compression exercée sur l'intestin par les deux plans contractiles qui le limitent en avant et en arrière;
5. Le taxis est plutôt nuisible qu'utile dans la hernie inguino-interstitielle étranglée.

Lorsqu'un sujet est atteint de hernie inguinale ancienne et volumineuse, le canal inguinal a subi à la longue de profondes modifications : les deux orifices se sont peu à peu rapprochés l'un de l'autre, puis confondus si bien que le canal n'existe plus. A sa place on trouve un large orifice que traversent les viscères herniés, et dans lequel on peut introduire l'extrémité de deux ou trois