

Règles générales pour l'application du taxis. — AMUSSAT et LISFRANC, les premiers, cherchèrent à formuler des principes sur ce sujet, ces tentatives furent reprises par GOSSELIN. Les indications magistrales établies par ce maître en 1865 ont été bien peu modifiées.

Le taxis est-il toujours indiqué? Évidemment non; si, par exemple, il existe une perforation manifeste, il ne saurait venir à l'idée de personne de faire rentrer dans l'abdomen un intestin gangrené; il ne faut pas davantage chercher à réduire quand même une hernie qui depuis son origine a été irréductible. Ces circonstances exceptionnelles étant mises à part, les indications du taxis se déduisent du temps qui s'est écoulé depuis qu'ont apparu les phénomènes de l'étranglement. Dans le cours des premières vingt-quatre heures, le taxis méthodiquement pratiqué ne saurait qu'être avantageux; plus tard les indications varient suivant la nature de la hernie. Si la tumeur peu volumineuse contient seulement de l'intestin, à partir de la vingt-quatrième heure le taxis devient dangereux; il doit être formellement interdit si l'étranglement remonte à trente-six heures. Pour les hernies moyennes et surtout pour les grosses, dans lesquelles l'épiploon protège l'intestin, à moins de contre-indication spéciale, le taxis ne présente aucun danger dans le cours du deuxième jour et jusqu'à la soixantième heure; passé ce délai nous n'oserions plus le conseiller.

Précautions préliminaires. — Les anciens chirurgiens, DESAULT en particulier, avaient pour principe de ne jamais tenter les manœuvres du taxis sans avoir au préalable fait prendre un bain prolongé au malade; c'est là évidemment une excellente précaution, nous pouvons aujourd'hui facilement passer outre, grâce à l'emploi du chloroforme. En thèse générale, toutes les fois que cela est possible, il y a intérêt à ne pratiquer le taxis qu'après avoir endormi le malade jusqu'à résolution complète. La vessie aura été vidée, et si la région opératoire est recouverte de poils il faut les raser.

Manuel opératoire. — Le sujet placé dans le décubitus dorsal, la tête fléchie sur la poitrine et maintenue par un coussin, les cuisses ployées sur le bassin et écartées par les aides, le chirurgien se met dans la position qu'il juge la plus favorable. Avec l'extrémité des doigts de la main gauche il embrasse le pédicule de la hernie en le comprimant doucement de façon à l'effiler, puis de la main droite il saisit le corps de la tumeur. Par une série de pressions, d'abord modérées puis graduellement progressives, on force les viscères à se diriger du côté du pédicule; à mesure qu'une nouvelle partie arrive, les doigts de la main gauche la saisissent, l'empêchent de s'étaler, de s'aplatir autour de l'anneau et la forcent à franchir l'obstacle. Les efforts seront continus et dirigés perpendiculairement à l'anneau, quelques mouvements de latéralité imprimés à la masse tout entière faciliteront la réduction. Les pressions ne doivent jamais porter sur le fond du sac car on s'exposerait à le décoller et à faire la *réduction en masse*.

Pendant combien de temps le taxis doit-il être continué? Taxis prolongé, taxis forcé. — La plupart des auteurs s'accordent en général à ne pas continuer les manœuvres du taxis pendant plus de huit à dix minutes. Dans ces conditions, lorsque les efforts ne déterminent pas de fatigue sérieuse chez un opérateur de force moyenne, le taxis est dit modéré.

Par opposition à ce mode d'intervention, le chirurgien peut essayer d'emblée d'exercer des pressions aussi fortes que possible, de manière à aller jusqu'à la fatigue des mains (GOSSELIN); c'est là le *taxis forcé*. Si par exemple la hernie est trop volumineuse, l'opérateur se fait aider par les mains d'un, même de deux aides qui pressent avec lui, le taxis est alors dit à quatre ou six mains. Entre ces deux procédés se place le *taxis prolongé*, dans lequel la force déployée est moyenne mais continue pendant un temps très long, une heure et plus. Pour faciliter cette méthode, MAISONNEUVE a conseillé de rouler une bande de caoutchouc autour de la hernie, du pédicule vers le fond. LANNELONGUE, à son tour, a préconisé l'emploi d'un sac de plomb que l'on applique sur la paroi abdominale au niveau de l'orifice herniaire et qui reste en place jusqu'à ce que la réduction soit obtenue.

Ces deux moyens ont fourni de bons résultats et ils trouvent leur indication dans certaines circonstances.

Une foule de modifications plus théoriques que pratiques ont été proposées pour le manuel opératoire du taxis; nous insisterons sur l'*inversion* du malade, renouvelée de FABRICE D'ACQUAPENDENTE par LEASURE, chirurgien américain, en 1882. Les jambes du malade sont placées sur les épaules d'un aide qui tire le patient à lui en le soulevant jusqu'à ce qu'il ne repose plus sur le lit que par la tête, la nuque et les épaules. Plusieurs chirurgiens ont réussi à faire rentrer ainsi des hernies qui avaient résisté aux moyens ordinaires.

Des signes qui annoncent la réduction. — La réduction est annoncée par la diminution de la tumeur, un bruit de gargouillement parfois assez fort pour être perçu par l'oreille; en même temps le malade éprouve un soulagement manifeste, puis au bout de quelques heures surviennent une évacuation de gaz et des selles plus ou moins copieuses.

Dès que la hernie est rentrée, il faut à l'aide d'ouate et de tours de bandes construire un appareil qui s'oppose à la sortie des viscères.

Accidents du taxis. Réduction en masse. — Nous avons dit que le taxis ne devait pas être pratiqué si l'on pouvait soupçonner l'existence d'une perforation. Quelquefois cette complication n'a pu malheureusement être reconnue, ou bien elle a été occasionnée par les manœuvres du taxis et le chirurgien fait rentrer dans l'abdomen un intestin perforé; la mort est fatale en semblable occurrence.

À la suite de la réduction, les symptômes de l'étranglement au lieu de s'améliorer persistent ou même s'aggravent, ceci prouve que le taxis n'a pas réussi à dégager l'intestin et à le replacer libre dans la cavité péritonéale, il y a eu *fausse réduction*. Cette complication, bien étudiée par DE LUKE (*Journal de chirurgie* de MALGAIGNE, 1844), a été dans ces dernières années l'objet de deux mémoires importants dus à BOURGUET (d'Aix) et KRONLEIN (de Berlin). Tantôt la hernie a été parfaitement réduite, mais à côté d'elle ou à distance existait une toute petite hernie sur laquelle seule portait l'étranglement (fait rare); tantôt la réduction a été incomplète, le plus ordinairement il y a eu réduction en masse.

La réduction en masse consiste dans le refoulement brusque à travers l'orifice herniaire du sac et de son contenu qui pénètrent dans la cavité abdomi-

nale. Cet accident ne se produit que si le sac et le collet sont lâchement unis aux parties environnantes; dans ces circonstances l'étranglement étant manifestement dû à la constriction exercée par le collet, le résultat de l'intervention a été de substituer un étranglement interne à l'étranglement externe.

Les faits de ce genre ne sont pas absolument rares; les premières observations remontent à LEDRAN, LA FAYE, ARNAUD. Dans le travail précité, BOURGUET (d'Aix) mettant à contribution les statistiques de divers auteurs a réuni cent douze (112) cas de réduction en bloc, parmi lesquels on trouve cent une hernies inguinales externes, deux inguinales internes ou directes, neuf hernies crurales; cinq fois la réduction en masse avait été d'une manière certaine la conséquence des efforts du chirurgien. Lorsqu'après une prétendue réduction les accidents persisteront, il faudra songer à cette complication et se préparer à intervenir. Dans quelques observations, en faisant tousser le malade, en lui pressant sur le ventre, certains praticiens, LA FAYE entre autres, ont été assez heureux pour voir la hernie sortir de nouveau et ils ont pu la réduire. Ces cas étant exceptionnels, il faut séance tenante pratiquer la laparotomie pour aller à la recherche de l'étranglement. Cette opération, grâce à la méthode antiseptique, est loin d'offrir les inconvénients et les dangers qu'elle présentait autrefois.

De la ponction du sac et de l'intestin comme adjuvant du taxis. — On a recours à la ponction des hernies soit pour donner une issue au liquide contenu dans le sac, soit pour vider les gaz que renferme l'intestin lui-même. Indiquée jadis par PARÉ, cette petite opération se fait de nos jours à l'aide du trocart explorateur; nombre de chirurgiens, parmi lesquels DOLBEAU, DUPLAY, GOSSELIN, l'ont successivement employée. Plusieurs observations réunies par DIEULAFOY (*Soc. de chir.*, 1873) et par BONISSON (*Th. de Paris*, 1879) montrent que ce moyen a permis de réduire des hernies contre lesquelles avait échoué le taxis; fréquemment aussi il a été inutile. Toutefois, comme la ponction capillaire faite avec des précautions convenables n'expose à aucun accident, on pourra parfaitement s'en servir, le cas échéant.

Opération de la hernie étranglée. Kélotomie. — Lorsque le taxis pratiqué suivant les règles de l'art reste infructueux, il ne faut pas s'entêter et vouloir réduire quand même, mais bien procéder sans retard à la kélotomie. C'est là un précepte sur lequel nous ne saurions trop insister.

L'opération de la hernie étranglée consiste à couper les parties molles couche par couche, jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur l'agent de l'étranglement que l'on sectionne en une et même en plusieurs fois; ce temps particulier de l'opération prend le nom de débridement.

Il ne nous appartient pas de décrire le manuel opératoire de la kélotomie; nous nous bornerons à signaler quelques précautions spéciales et à examiner les complications et les résultats de l'intervention chirurgicale.

Lorsqu'un opérateur se décide à faire la kélotomie il doit s'astreindre, plus servilement encore que pour toute autre opération, à observer minutieusement les règles de la méthode antiseptique; la moindre faute, en effet, peut ici devenir funeste. Après l'ouverture du sac, la plaie opératoire rendue absolument exsangue, la cavité et l'intestin hernié seront lavés plusieurs fois avec une

solution antiseptique forte, légèrement tiède; alors seulement, après avoir soigneusement purifié ses mains dans la même solution, le chirurgien entreprendra la recherche de l'étranglement et procédera aux manœuvres du débridement.

1° Avant de tenter la réduction il importe de s'assurer de l'état de l'anse intestinale. L'opérateur examine d'abord la portion contenue dans le sac, voit si les diverses parties du viscère ne sont pas réunies par des adhérences, puis attirant légèrement l'anse intestinale de façon à rendre libre la partie serrée par l'étranglement, recherche s'il n'existe ni section ni perforation à ce niveau. Supposons que l'intestin soit en bon état; après lui avoir fait subir un dernier lavage antiseptique, le chirurgien disséminera également les matières contenues dans l'anse intestinale et procédera à la réduction. La plus grande douceur est ici nécessaire si l'on ne veut s'exposer à déchirer l'intestin. Que doit-on faire de l'épiploon, faut-il le laisser à l'extérieur?

Depuis MALGAIGNE, les auteurs d'un avis unanime vantent cette dernière manière d'agir. L'épiploon hernié se conduit comme lorsqu'il est sorti à travers une plaie pénétrante. Dans le cas où cette membrane formerait une tumeur trop volumineuse, les uns recommandent d'en faire l'excision pure et simple en ayant soin de lier tous les vaisseaux; d'autres préfèrent pédiculiser la tumeur, sectionner le pédicule entre deux ligatures antiseptiques, puis réduire la partie restante lavée au préalable avec la solution antiseptique forte. La ligature, dont les fils sont coupés ras, est abandonnée dans l'abdomen à titre de ligature perdue. La même pratique nous semble applicable aux débris du sac herniaire.

2° L'intestin, au lieu d'être sain ainsi que nous l'avons supposé, présente parfois des lésions sérieuses. La conduite à tenir est alors variable suivant la nature et l'étendue de ces altérations. Si la lésion intestinale paraît très limitée, s'il s'agit par exemple d'une petite perforation, on pourrait réunir par suture ce point compromis et réduire ensuite à la manière ordinaire. Lorsque la gangrène est manifeste, l'hésitation ne saurait être de longue durée, il devient impossible de songer à la réduction, aussi GOSSELIN conseille-t-il d'ouvrir largement l'anse sphacélée de façon à favoriser la formation d'un anus contre nature.

Kélotomie sans ouverture du sac. — Pour éviter les inconvénients qui résultent de l'ouverture du péritoine, J.-L. PETIT, au siècle dernier, plus tard AXEL KEY et BONNET (de Lyon), de nos jours COLSON en France, ROSER en Allemagne, ont préconisé le débridement sans ouverture du sac. Le chirurgien arrivé sur le collet introduit la pointe de l'index gauche dans l'anneau et incise sur son doigt une sorte de lien qu'il sent très bien; puis la réduction est faite dans des conditions à peu près semblables à celles du taxis. Théoriquement ce procédé est excellent; pratiquement il laisse beaucoup à désirer. Il est impossible en effet dans ces circonstances d'avoir des renseignements sur l'état de l'intestin contenu dans le sac, aussi maintenant que la méthode antiseptique a rendu presque bénigne l'ouverture du péritoine, cette manière de faire doit être réservée pour les cas dans lesquels l'étranglement remonte à peine à quelques heures.

Accidents qui peuvent se produire dans le cours de l'opération. — Les principales complications qui peuvent survenir dans le cours de l'opération sont : l'hémorragie et la blessure de l'intestin.

a. Écoulement sanguin. — L'écoulement sanguin qui résulte de la section des vaisseaux contenus dans les parties molles n'est jamais inquiétant ; le chirurgien s'en rend facilement maître. Il n'en est plus de même lorsqu'au moment du débridement le bistouri a sectionné un vaisseau de quelque importance dans l'intérieur de l'anneau.

Hâtons-nous de dire que la connaissance précise des rapports anatomiques du collet a rendu cet accident très rare ; si pourtant il se produisait, il faudrait faire la ligature des deux bouts du vaisseau.

b. Blessure de l'intestin. — Par suite d'une fausse manœuvre, ou parce que le chirurgien n'a pas reconnu l'intestin, le bistouri blesse parfois ce viscère. La conduite à tenir dépend alors de l'étendue et de la profondeur de l'incision. Si la paroi de l'intestin n'a été que partiellement intéressée on peut néanmoins faire la réduction ; si au contraire la section est complète, il devient nécessaire d'en affronter les bords par la suture de Lembert ou de Gély ; enfin si l'ouverture était très large il vaudrait mieux fixer les lèvres de cette plaie aux parties molles à l'aide de sutures passées dans le mésentère.

Pansement. Soins consécutifs. — Lorsque les viscères herniés sont complètement rentrés dans la cavité abdominale, la réunion immédiate peut être indiquée ; fréquemment la présence de débris du sac ou d'épiploon entre les lèvres de la plaie s'oppose à la réunion, le pansement antiseptique ouvert rendra alors des services.

Les anciens avaient l'habitude de prescrire un purgatif après l'opération de la kélotomie de façon à faciliter le rétablissement du cours des matières, cette pratique plus nuisible qu'utile est abandonnée de nos jours ; la plupart des chirurgiens, suivant en cela le conseil de LE FORT, attendent l'évacuation spontanée. Si même on doutait un peu de l'intégrité de l'intestin, il serait préférable de prescrire quelques doses d'opium de manière à prévenir les accidents.

Résultats de l'opération. — Les résultats de l'intervention dépendent de plusieurs facteurs, on rencontre bien peu de cas comparables entre eux ; aussi, plus encore que pour les autres opérations, il faut se défier des renseignements fournis par la statistique. Cependant l'examen des faits nous apprend que l'on a tout avantage à se hâter ; la kélotomie en effet est d'autant moins dangereuse que l'intervention a été plus précoce. GAY, ayant pu réunir cent dix-huit (118) cas dans lesquels le moment de l'intervention chirurgicale se trouvait exactement noté, a dressé le tableau ci-dessous qui démontre l'assertion précédente :

Opérés dans le cours du	1 ^{er} jour de l'étranglement	49 cas.	43 guérisons.	6 morts.
—	2 ^e	41 —	30 —	11 —
—	3 ^e	9 —	3 —	6 —
—	4 ^e	5 —	2 —	3 —
—	5 ^e	4 —	0 —	4 —
—	6 ^e	7 —	3 —	4 —
—	10 ^e	3 —	0 —	3 —

Les complications générales des plaies étant mises à part, nous devons signaler parmi les principales causes de mort après l'opération de la kélotomie, la production de cet état particulier désigné sous le nom de shock. Les chances d'apparition du shock sont d'autant plus grandes que le sujet est plus avancé en âge, que son état général est moins satisfaisant et que l'étranglement est plus ancien. Si après l'opération on constate un abaissement manifeste de la température, il faut craindre la terminaison fatale. Les injections d'éther dans le tissu cellulaire sous-cutané rendent ici de véritables services.

Résumé général du traitement. — *Hernie petite.* — *a.* L'étranglement ne remonte pas à vingt-quatre heures, il est *manifeste*. Le chirurgien endort le malade puis fait un taxis méthodique dont la durée n'excédera pas quinze minutes. Si après ce temps il n'obtient aucun résultat, autant que possible il doit procéder séance tenante à la kélotomie. Ainsi que le fait remarquer DUPLAY, on peut alors tenter de réduire après avoir pratiqué le débridement externe (méthode de J.-L. PETIT) ; en cas d'insuccès le sac sera ouvert et l'opération terminée à la façon ordinaire.

b. L'étranglement remonte à vingt-quatre heures, mais trente-six heures ne se sont pas encore écoulées. Les tentatives de taxis doivent être d'autant plus modérées que le début des accidents est plus ancien, la réduction sans ouverture du sac serait dangereuse.

c. L'étranglement remonte à plus de trente-six heures. Pas de taxis, proposer d'emblée l'opération et ne faire la réduction qu'après avoir bien examiné l'état de l'intestin. Les mêmes règles sont applicables aux hernies de moyen volume, en se rappelant qu'elles permettent les tentatives de taxis jusque vers la fin du troisième jour.

Hernie très volumineuse. — Le chirurgien doit commencer par de légères tentatives de taxis ; si elles ne suffisent pas, ces hernies étant rarement étranglées mais ordinairement enflammées, le malade sera d'abord mis au repos absolu ; puis par l'usage de bains prolongés, de la glace, de lavements, on essaiera d'obtenir la diminution des accidents. Une nouvelle séance de taxis sera souvent ensuite couronnée de succès ; toutefois l'opération n'est indiquée qu'en présence d'accidents, tels que vomissements fécaloïdes persistants, météorisme, alors que le chirurgien a pour ainsi dire la main forcée.

§ 3. — Hernies épiploïques

1^o Hernies épiploïques réductibles. — Une hernie contenant simplement de l'épiploon se reconnaît à sa consistance molle, pâteuse, souvent inégale ; la percussion n'y révèle pas de sonorité, jamais les manœuvres de réduction ne font éprouver cette sensation spéciale du gargouillement caractéristique de la présence de l'intestin.

La réductibilité distingue ces hernies des tumeurs graisseuses que l'on rencontre quelquefois sur les parois de l'abdomen. Ces hernies ne doivent pas être négligées, car elles sont susceptibles de s'enflammer et surtout de se trans-

former en entéro-épiplocèle. Le chirurgien s'efforcera donc de démontrer au malade l'importance qu'il y a pour lui à porter constamment un bandage convenable.

2° *Hernies épiploïques irréductibles.* — Lorsque les hernies épiploïques ne sont pas maintenues, elles ne tardent pas à devenir irréductibles. Tantôt l'irréductibilité est le résultat d'un travail inflammatoire lent et chronique qui conduit à la formation d'adhérences, tantôt au contraire s'établissent une série de symptômes aigus simulant l'étranglement; la hernie est irréductible par inflammation aiguë.

A. *Hernies épiploïques irréductibles par adhérences.* — Ainsi constituée la hernie se montre sous la forme d'une masse molle, pâteuse, qui offre les plus grandes analogies avec les tumeurs graisseuses. La présence de cette production dans une région occupée d'ordinaire par les hernies met le chirurgien sur la voie du diagnostic. Pour s'assurer qu'il s'agit de l'épiploon, il faut alors chercher par la palpation à sentir le pédicule de la tumeur, désigné par VELPEAU sous le nom de corde épiploïque. Les commémoratifs pourront aussi rendre des services; si le malade affirme avoir eu autrefois une tumeur qu'il pouvait à volonté faire rentrer dans l'abdomen, évidemment il s'agit d'une épiplocèle.

Bien que la masse ainsi formée soit absolument indolente, il est prudent de la soutenir par un bandage à pelote concave, sans cela les adhérences pourraient fort bien se rompre quelque jour, accident qui déterminerait la formation d'une entéro-épiplocèle.

B. *Épiplocèle irréductible par inflammation récente.* — On voit dans certaines circonstances, à la suite d'un coup, d'une chute par exemple, un malade atteint d'épiplocèle pris brusquement, du côté de la hernie, de douleurs violentes qu'exagère la moindre pression; bientôt la tumeur devient chaude, dure, tendue, irréductible.

Les symptômes généraux, toutefois, sont moins nets que dans l'étranglement; la constipation et le ballonnement sont assez accentués durant les premiers jours, cependant les gaz arrivent toujours jusqu'à l'anus. Les phénomènes du côté de la partie supérieure du tube digestif se bornent habituellement à des nausées; les vomissements manquent souvent, et, s'ils existent, ne présentent ni la même fréquence, ni la même intensité que dans les cas précédents. L'état général est aussi beaucoup moins alarmant que chez le malade atteint d'étranglement.

Après avoir continué pendant trois ou quatre jours, les accidents locaux diminuent, les douleurs sont moins vives, une ou plusieurs garde-robes se produisent, elles sont suivies d'une période d'accalmie, la hernie se réduit peu à peu et rentre spontanément après dix ou douze jours.

L'inflammation dans les épiplocèles doit être différenciée de l'étranglement. Pour arriver au diagnostic, le chirurgien se basera sur le peu d'intensité des symptômes généraux et surtout sur l'émission des matières et des gaz par l'anus. Quelquefois les renseignements fournis par le malade sont imparfaits, il ne peut dire s'il a rendu des gaz; dans ces circonstances on est autorisé à prescrire un purgatif (0, 20 à 0, 40 de calomel avec autant d'aloès ou de jalap,

GOSSELIN). Si l'on se trouve simplement en présence d'une épiplocèle le malade va à la garde-robe, dans le cas contraire il faut opérer.

L'inflammation de ces hernies ne nécessite pas une intervention active. Les bains prolongés, l'application de vastes cataplasmes, les boissons laxatives suffiront dans la majorité des cas pour assurer la guérison. On trouve éparses dans la science quelques observations de suppuration du sac consécutives à l'inflammation; si cet accident survenait, il faudrait ouvrir, laver et drainer le sac, puis faire un pansement antiseptique.

CHAPITRE IV

DES HERNIES EN PARTICULIER

§ 1^{er}. — Hernies inguinales

Bibliographie. — HESSELBACH, *Anat. chir. Abhandlung der Leistenbrüche*, Würzburg, 1806. — LARREY, *Notice sur les hernies congénitales*, in *Journ. complém. des sciences médicales*, 1823, t. XVII, p. 82. — GOYRAND, *De la hernie inguino-interst.*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1836, t. V. — ROUSTAN, *Journ. de chir. de Malgaigne*, 1843. — GERDY, *Cure radicale par invagination*, in *Soc. de chir.*, et *Gaz. des Hôp.*, 1854. — VELPEAU, *Ann. de la chir. française et étrangère*, t. 1^{er}, 1841. — DEMAUX, *eod. loc.*, 1841. — BOUSSION, *Tribut à la chirurgie*, 1861. — CHUOLIN, *Med. Times and Gaz.*, 1861. — TILLAUX, *Gaz. des Hôp.*, 1862. — MOORE, *Med. Times and Gaz.*, 1862. — HILTON, *Guy's Hospit. Reports*, 1865. — BROCA, *Gaz. des Hôp.*, 1867. — SCHMIDT, *Ueber Inguinal Hernien bei Kindern*, Breslau, 1869. — GOYRAND, *Clin. chir.*, 1872. — LEMAISTRE, *Soc. anat.*, 1873. — SARRAZIN, *Nov. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIX, 1874. — KRÖNLEIN, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXV, fasc. 3, 1880, et *Arch. gén. de méd.*, 1882. — RICHEL, *Union méd.*, 1882. — KRASKE, *Centralbl. f. Chir.*, 1882. — TRÉLAT, *Gaz. des Hôp.*, 1883.

Thèses de Paris. — 1812, MARJOLIN (Concours). — 1813, BECKERS, RAVENEAU. — 1830, LAFONT, DELMAS (Agrég.). — 1835, DANCE. — 1842, TENAIN. — 1850, JACOB dit DUMEY. — 1862, BAILLE. — 1865, LUZUN. — 1866, BRILLAND. — 1871, LEROY DES BARRES. — 1874, RIGABERT. — 1876, BOUCHARD, JOLY. — 1877, DREIFUS, DUPUIS. — 1879, CHAMBAT. — 1880, PATIN, WATSON. — 1881, CHEVALIER. — 1883, RAMONÈDE, DURET (Agrég.).

Cure radicale. — DILL, *The Lancet*, août 1869. — BUCHANAM, *Brit. Med. Journ.*, mai 1879. — WARREN, *Glasgow Med. Journ.*, 1880. — DELBASTAILLE, Liège, 1880. — BANKS, *Liverpool Med. Journ.*, 1881. — LEOD, *The Indian Med. Gaz.*, 1881. — GOODLEE, *Med. Times and Gaz.*, 1881, t. II. — WARREN, *The Lancet*, août 1881. — LAWRIE, *The Lancet*, 1883.

Thèses de Paris. — 1862, BAILLE. — 1880, WATSON. — 1883, SEGOND (Agrég.).

Définition. — On comprend sous le nom de hernie inguinale, toutes les variétés de déplacements dans lesquelles les viscères s'échappent de la cavité abdominale en suivant au pli de l'aîne, le trajet dans lequel se trouvent nor-