

Après le traumatisme, le malade était devenu ataxique, et présentait des troubles psychiques et moteurs; après l'ablation des fragments qui comprimaient le lobe préfrontal, tous ces troubles ont disparu.

Dans un autre cas où il s'agissait d'un sarcome du frontal, il a réparé après l'ablation du néoplasme, une perte de substance de seize centimètres carrés en se servant du même procédé, qui lui avait donné un semblable succès.

M. PUILLET, de Lyon, s'exprime comme suit: "Malgré les progrès réalisés dans la cure radicale des hernies, l'opinion de P. Segond dirige encore actuellement les chirurgiens, et comme lui on peut conclure que si toutes les méthodes sont capables de tuer, aucune ne met sûrement à l'abri des récidives.

D'autre part, on sait que parmi les hernieux opérés avec succès, le plus grand nombre est resté astreint à l'obligation de porter un bandage.

C'est pourquoi j'ai dû avoir ce double objectif: 1^o donner aux opérés une sécurité complète par l'innocuité de l'intervention; 2^o atteindre une efficacité qui permette de ne pas craindre la récidive et dispense du port de tout appareil.

L'efficacité de la méthode que j'emploie est réelle, puisque chez 42 opérés j'ai pu enlever tout bandage immédiatement. Chez quelques-uns, le traitement remonte à quinze et dix-huit mois, et tout me fait espérer un succès définitif. Jusqu'ici j'ai eu trois récidives, deux chez des malades déjà opérés antérieurement et où je n'ai pu tailler un lambeau suffisant, et la troisième au début de mes opérations.

Quant à l'innocuité de l'intervention, l'opération que je propose est, je crois, supérieure à ce que l'on a fait jusqu'ici.

On ne craint pas de voir survenir des accidents, car à aucun moment, la cavité péritonéale ne communique pas avec le champ opératoire. Ma méthode ne nécessite pas l'excision du sac, et lors que je suis conduit à le faire par suite d'adhérences épiploïques, de l'étroitesse du collet, etc., la ligature du sac est exécutée hors de l'orifice du canal inguinal, *que je n'incise jamais*. L'opération reste donc, pour ainsi dire, extra-péritonéale.

Après dissection du sac et déduction des viscères herniés, je fais la dissection et la toilette des deux piliers et du bord de l'orifice externe du canal inguinal. Je mets complètement à nu la bandeletteaponévrotique nacrée qui sert de tendon d'insertion au premier adducteur superficiel.

Le bistouri est glissé à plat sous cette bande fibreuse que l'on sectionne à 3 ou 4 centimètres de son insertion au pubis. Ce tendon devient l'extrémité libre d'un lambeau qu'on finit par séparer avec la rugine tranchante, en laissant à sa face profonde toute la masse de tissu fibreux qui recouvre le pubis. Cet os est dénudé dans une étendue verticale de 2 centimètres, et transversalement depuis la