

d'inclinaison possible, en la tenant dans une position immuable, au moyen d'une clef qu'on aperçoit sur la figure, à peu près au milieu de la pelote. Ce bandage s'applique du côté opposé à la hernie; la pelote postérieure (a) est destinée à prendre un point d'appui sur la région sacrée. Le sous-cuisse est inutile.

Opération de la hernie inguinale étranglée. Débridement. Lorsqu'on incise les diverses couches organiques qui enveloppent le sac, on aura présentes à l'esprit les anomalies de situation des éléments du cordon spermatique par rapport à la hernie (p. 690), afin de ne pas diviser soit le canal déférent, soit les vaisseaux du cordon. Le sac, une fois ouvert jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe, il faut procéder au *débridement*, dans un sens tel qu'on n'ait pas à craindre la lésion de l'artère épigastrique. En se rappelant les rapports de cette artère avec les diverses espèces de hernies inguinales (p. 686), il est facile de comprendre que si la hernie est inguinale *interne*, l'incision devra porter sur la demi-circonférence *interne* de l'anneau profond; si la hernie est inguinale *externe*, le débridement sera fait en *dehors et en haut*. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer la hernie inguinale externe de l'interne; de là le précepte de débrider toujours directement en *haut* (Scarpa, A. Cooper, Dupuytren), ce qui expose à une lésion de l'artère épigastrique, lorsque, par le fait d'une anomalie, cette artère se contourne au-dessus de la hernie. Il y a aussi, en employant ce procédé, à redouter une hémorragie, lorsque la branche pubienne fournie par l'épigastrique est très-développée. Pour se mettre à l'abri de tout accident, il est donc préférable d'exécuter le débridement *multiple* préconisé avec raison par Vidal (de Cassis). Il est bien entendu que toutes ces craintes disparaissent, quand l'étranglement siège à l'anneau externe, et qu'on débride ce dernier; ou bien encore, quand l'étranglement étant produit par le collet du sac, on peut attirer le sac herniaire au dehors, avant de débrider l'anneau *séreux*.

Lorsque, dans l'opération de la hernie inguinale *vaginale* étranglée, on trouve le testicule adhérent aux viscères déplacés, si les adhérences sont celluleuses, on les coupe; si les adhérences sont fortes, on les respecte; et, après avoir suffisamment débridé l'anneau constricteur, on laisse les viscères au dehors.

Parmi les accidents qui surviennent dans l'opération de la hernie étranglée, il faut mentionner spécialement la *lésion de l'artère épigastrique*. Si la lésion était reconnue, il faudrait découvrir le vaisseau et en lier les deux bouts.

ARTICLE II.

Hernies crurales.

On donne le nom de *hernies crurales* à celles dans lesquelles les viscères sortent de l'abdomen, soit par l'anneau crural, soit par une éraillure du pourtour de cet anneau.

Espèces et variétés. Les viscères s'engagent par l'une des trois fos-

settes inguinales dont il a été question page 683, à savoir la fossette inguinale *externe*, la fossette inguinale *moyenne* et la fossette inguinale *interne*. De là trois espèces de hernies crurales : la hernie crurale *externe*, dans laquelle les viscères sont situés en *dehors* des vaisseaux épigastriques; la hernie crurale *interne*, dans laquelle les viscères sont situés en *dedans* de l'artère ombilicale; la hernie crurale *moyenne*, la plus commune des trois espèces, dans laquelle les viscères s'échappent par la fossette qui est circonscrite en dehors par les vaisseaux épigastriques et en dedans par l'artère ombilicale. L'artère épigastrique étant placée *en haut et en dehors* du sac herniaire.

1° **HERNIE CRURALE MOYENNE.** Les viscères s'engagent par la fossette inguinale moyenne et arrivent au niveau de l'anneau *crural*, en repoussant au devant d'eux le *septum crural* (S, fig. 244, p. 701). Ils descendent dans le canal crural, puis traversent les ouvertures du *fascia cribriformis*. Une fois qu'ils ont franchi l'une des ouvertures de ce fascia, ils remontent vers le pli de l'aîne, jusqu'au niveau et même parfois au-dessus du ligament de Fallope. On admet généralement que le collet du sac répond à la portion de ce dernier qui a traversé l'un des orifices du *fascia cribriformis*. Il est donc possible de reconnaître trois degrés dans l'évolution de cette espèce de hernie : le premier degré, ou *pointe de hernie*, dans lequel les viscères s'engagent dans la fossette inguinale moyenne, en repoussant au-devant d'eux le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal et le *septum crural*; le second degré, ou hernie crurale *interstitielle*, dans lequel la tumeur descend verticalement au-devant du feuillet aponévrotique de la gaine du pectiné, le long du côté interne de la gaine des vaisseaux fémoraux; le troisième degré, ou hernie *complète*, dans lequel les viscères sont sortis par un des orifices du *fascia cribriformis*.

Les enveloppes de la hernie *complète* sont, en procédant des parties superficielles vers les profondes : la peau, la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée et le *fascia superficialis*, contenant dans leur épaisseur les artères tégumentaires de l'abdomen et les vaisseaux honteux externes, le *septum crural* qui peut être déchiré ou assez aminci pour ne pas se retrouver sous le scalpel; le tissu cellulaire sous-péritonéal souvent grasseux, chargé d'une assez grande quantité de tissu adipeux dans les hernies anciennes, pour simuler une portion d'épiploon; le sac herniaire. Tant que la hernie est interstitielle, il faut ajouter aux enveloppes précédentes le *fascia cribriformis* situé entre le *fascia superficialis* et le *septum crural*.

VARIÉTÉS DE LA Hernie CRURALE MOYENNE. Ces variétés portent sur l'évolution de la hernie, à partir du moment où cette dernière est devenue interstitielle.

(a) La hernie, au lieu de sortir par la *fosse ovale*, parcourt le canal crural en descendant plus ou moins loin dans la gaine des vaisseaux fémoraux.

(b) En même temps que les viscères descendent dans la gaine des vaisseaux fémoraux, une portion de ces viscères s'engage à travers l'une des ouvertures du *fascia cribriformis*. La hernie est alors à la fois interstitielle et complète. Quelquefois, ainsi que cela a été constaté par Hesselbach,

J. Cloquet, Demeaux, E. Q. Legendre, les *diverticulum* engagés à travers le *fascia cribriformis* sont multiples.

(c) La hernie crurale, après avoir subi son évolution ordinaire et être arrivée sous le *fascia superficialis*, s'engage à travers une rupture de ce *fascia*. La tumeur présente alors la forme d'un sablier, c'est-à-dire qu'elle est formée d'un lobe placé immédiatement au-dessous de la peau et d'un autre lobe situé au-dessous du *fascia superficialis*. Dans ce cas, ainsi que

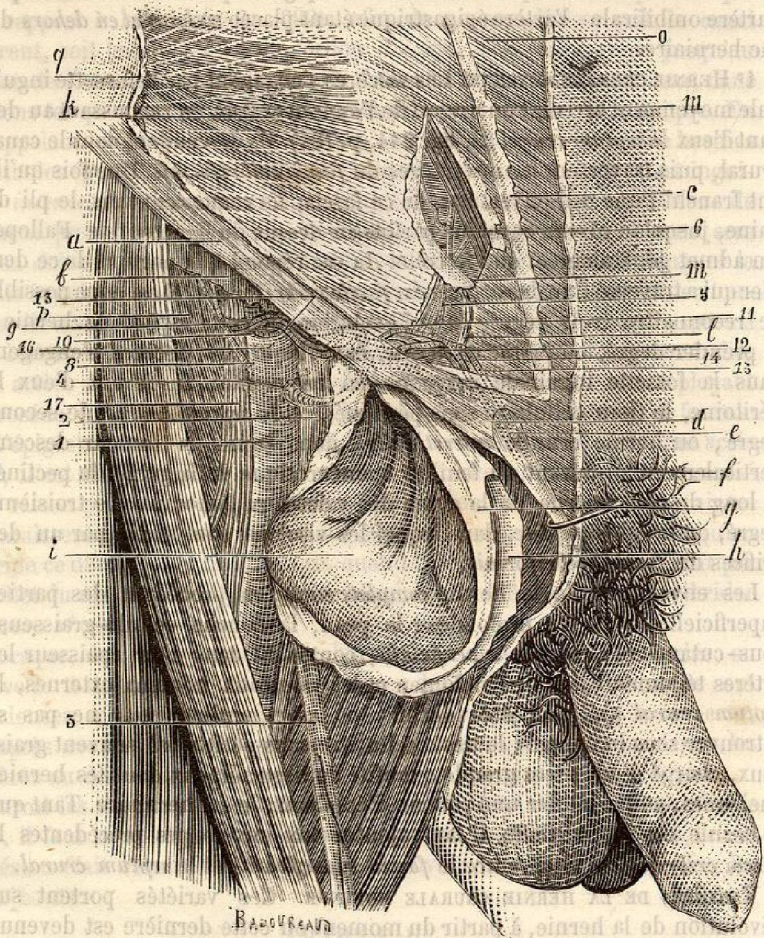


Fig. 243.

E.-Q. Legendre l'a indiqué, la hernie offre dans le pli de l'aîne la même situation que la hernie crurale moyenne ordinaire; ainsi elle est en rapport avec le bord concave du ligament de Gimbernât et suit le bord interne de la veine iliaque externe. Au moment où elle traverse le *fascia cribriformis*, elle présente un rétrécissement, un véritable collet herniaire. Si on l'exa-

mine à la région fémorale, on reconnaît qu'elle occupe la fosse ovale; vers sa partie inférieure, elle envoie un ou plusieurs *diverticulum* qui traversent le *fascia superficialis*; chacun de ces *diverticulum* présente à son passage à travers le *fascia superficialis* un rétrécissement constituant un véritable collet pour la tumeur herniaire secondaire.

La figure 243 représente une hernie crurale moyenne dont le sac a été ouvert. On voit en *a* l'arcade crurale, en *b* l'aponévrose *fascia lata* coupée à la partie supérieure de la cuisse, en *q c* une section de l'aponévrose du grand oblique qui permet de découvrir les fibres *k* du petit oblique et plus profondément les fibres du transverse. L'anneau inguinal externe *d* est rempli par le cordon spermatique *e f*. Le sac herniaire *g* est entouré d'une couche de tissu-cellulaire graisseux *h*, et renferme une anse d'intestin *i*. En *l* on a pratiqué une incision au muscle oblique interne et au transverse, pour montrer les vaisseaux épigastriques (5) qu'on retrouve plus haut (6) dans la gaine aponévrotique ouverte (*m, m*) du muscle grand droit antérieur, pendant qu'en *o* la même gaine est intacte. On voit en *p* les fibres du muscle iliaque. L'artère épigastrique naît en 4 de la terminaison de l'artère iliaque externe se continuant avec l'artère fémorale (1), avoisinée en dedans par la veine fémorale (2), qui reçoit la veine saphène interne (3). Le ponctué, qui succède à l'origine de l'artère épigastrique (4), indique le trajet de cette artère derrière l'arcade crurale, et montre que le vaisseau est situé en haut et en dehors du collet du sac herniaire. L'origine de l'artère circonflexe iliaque est en 8. Il est certain que, dans cette figure, empruntée à Scarpa, on a placé l'origine de l'artère épigastrique et de l'artère circonflexe iliaque trop bas. On a également trop abaissé l'artère spermatique 9, 10, 11, 13 qui longe l'arcade crurale. Le canal déférent répond aux chiffres 12 et 15. Le nerf crural (17) est en dehors de l'artère crurale. Malgré toutes les imperfections, cette figure montre bien les rapports vasculaires du collet du sac de la hernie crurale: les vaisseaux spermatiques en haut et en avant, les vaisseaux fémoraux en dehors, l'artère épigastrique en haut et en dehors. Il ne reste donc de libre pour le débridement que le côté interne, c'est-à-dire la portion de la hernie correspondant au ligament de Gimbernât. Nous verrons plus loin (p. 701) qu'il existe aussi parfois de ce côté des connexions vasculaires dont il faut tenir compte.

2° HERNIE CRURALE EXTERNE. Dans cette espèce de hernie, les viscères s'engageant par la fossette inguinale externe, les vaisseaux épigastriques sont situés à la partie *interne et inférieure* du sac herniaire. La hernie crurale externe a été mentionnée ou observée par Arnaud, J. Cloquet, Velpeau, Thomson, Demeaux. Elle est dépourvue de *fascia propria*, qui est constitué dans la hernie crurale moyenne par le *septum crural*.

3° HERNIE CRURALE INTERNE. Les viscères s'engagent dans la fossette inguinale interne, c'est-à-dire en dedans de l'artère ombilicale; mais, à partir de ce point, ils suivent un trajet variable:

(a) Dans certains cas, ils gagnent l'anneau crural à travers lequel ils s'introduisent (A. Cooper, Demeaux) jusque dans le canal crural.