

(b) D'autres fois les viscères passent à travers une *érrailure du ligament de Gimbernat*. Des faits de ce genre ont été rapportés par Laugier, Cruveilhier, Demeaux, Nuhn, E.-Q. Legendre, Bastien. D'après Legendre, qui a disséqué avec soin cette espèce de hernie, la tumeur est en général peu volumineuse, située tout à fait à la partie interne de la cuisse, tout près de la grande lèvres chez la femme, de la racine des bourses chez l'homme; elle se dirige directement en bas, sans aucune obliquité. Dans la région abdominale, la hernie est située à une certaine distance de la veine iliaque externe, le plus souvent au côté interne de l'artère ombilicale; elle traverse la portion fibreuse appelée *ligament de Gimbernat*, dont les fibres entourent de toutes parts le collet herniaire. Dans la région crurale, la hernie occupe un plan très-superficiel; elle traverse la partie la plus élevée de cette région, immédiatement au-dessous du bord inférieur du ligament de Fallope, à une très-grande distance de l'ouverture de la veine saphène interne. Le collet est séparé des vaisseaux fémoraux et principalement de l'artère fémorale, par une distance au moins double de celle que l'on trouve dans la hernie crurale ordinaire. Les enveloppes de la hernie sont: la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les deux lames du *fascia superficialis*. Dans un cas, disséqué par Laugier, les artères épigastrique et obturatrice, nées d'un tronc commun, à peu près au niveau de l'anneau crural, se séparaient à la distance de 5 millimètres du col du sac herniaire, de sorte qu'un débridement de cette étendue fait en haut ou en dehors, aurait pu atteindre le confluent de ces deux artères.

**HERNIE CRURALE PECTINÉALE.** Cette variété a été signalée par Callisen, J. Cloquet, Vidal (de Cassis) et Goyrand, Legendre. Ce dernier ayant disséqué une hernie de ce genre, en a donné la description suivante: dans la région abdominale, la hernie traverse l'anneau crural, entre le bord externe et concave du ligament de Gimbernat et le côté interne de la veine iliaque externe, puis elle s'engage immédiatement en avant du ligament de Cooper, pour se placer en avant des muscles pectiné et psoas, ou traverse l'aponévrose du premier muscle, en se dirigeant en arrière, suivant la face antérieure de la branche transversale du pubis sur laquelle elle repose. Elle arrive ainsi dans la région crurale, jusqu'au-dessous de la gouttière sous-pubienne; son collet répond au niveau de l'anneau crural. — Du côté de la région crurale, les rapports de la hernie sont les suivants: située très-profondément, elle est en connexion avec les muscles psoas et pectiné, sur lesquels elle repose, ou bien elle est enveloppée par les fibres du muscle pectiné qui la séparent de la face antérieure du pubis; en avant, elle est recouverte par l'aponévrose de ce muscle. Elle est placée très en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux dont elle est assez éloignée.

**Anatomie pathologique.** Après tout ce qui a été dit sur les variétés de la hernie crurale, nous avons peu de choses à ajouter. Les viscères qu'on rencontre communément dans ces hernies sont: une portion d'iléon, une partie d'épiploon en même temps qu'une anse d'intestin, rarement l'épiploon seul. On y a trouvé le cœcum, le côlon ascendant, la vessie, l'ovaire, l'utérus. Bien que nous ayons déjà mentionné quelques-uns des rapports

de la hernie avec les vaisseaux qui avoisinent l'anneau crural, nous croyons devoir revenir sur ce sujet; il ne sera question que de la hernie crurale *moyenne*, c'est-à-dire de la hernie crurale ordinaire.

L'artère épigastrique (4, 5, fig. 243, p. 698) est située en haut et en dehors de la portion du sac qui traverse l'anneau crural. Les vaisseaux fémoraux (1, 2, fig. 243) sont directement en dehors du sac. Le cordon spermatique (9, 10, 11, 13, fig. 243) passe au-devant du sac en longeant l'arcade fémorale. Il résulte de ces dispositions, qu'en débridant directement en dedans sur le ligament de Gimbernat, on évite toute lésion vasculaire. Mais il faut tenir compte des anomalies que présente l'artère obturatrice: Lorsque cette artère ne naît ni de l'épigastrique, ni de quelque branche de cette dernière, elle n'a aucun rapport avec le sac herniaire. Si au contraire l'artère obturatrice naît par un tronc commun avec l'artère épigastrique, ou si elle naît de l'artère crurale, elle descend parfois directement derrière l'anneau crural, en se rapprochant d'autant plus du ligament de Gimbernat que le tronc commun a plus de longueur. Dans ce cas, le débridement du

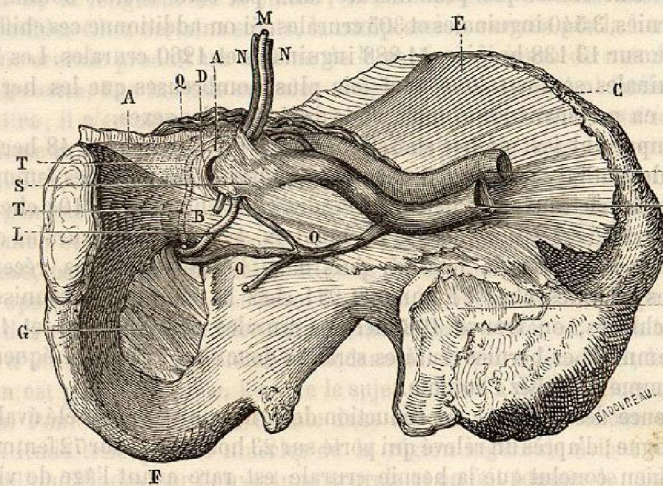


Fig. 244.

ligament de Gimbernat peut atteindre le vaisseau et donner lieu à une hémorragie. Pareil accident est à redouter lorsqu'il existe un rameau établissant une anastomose entre l'artère épigastrique et l'obturatrice, et que ce rameau est situé immédiatement en arrière de l'anneau crural. On a aussi signalé l'existence de rameaux vasculaires provenant soit de l'artère iliaque externe, soit de l'épigastrique, et se portant parallèlement au ligament de Gimbernat vers la symphyse du pubis; dans ce cas encore, le débridement en dedans léserait ces vaisseaux.

La figure 244, empruntée à Scarpa, est destinée à montrer les connexions de l'anneau crural avec les vaisseaux qui l'entourent. On voit, par la face interne, la moitié droite du bassin; B est la branche horizontale du pubis,



C la crête iliaque, D la surface articulaire sacrée, F l'ischion, G le ligament obturateur; A est le ligament de Gimbernat, D l'anneau crural, E l'aponévrose iliaque, I l'artère iliaque externe, K la veine du même nom; L l'artère obturatrice naissant de l'épigastrique M avoisinée par les deux veines épigastriques N, N. L'artère obturatrice se dirige en arrière de l'anneau crural pour gagner le trou sous-pubien. On voit aussi une branche de communication OO entre la veine obturatrice et les veines épigastriques. Le cordon spermatique Q longe l'arcade crurale. L'anneau crural est fermé par le *septum crural* (S). La ligne ponctuée T représente le trajet que parcourt quelquefois l'artère obturatrice, née de l'épigastrique, pour se rendre au trou sous-pubien.

**Causes.** La hernie crurale est moins commune que la hernie inguinale; sur 354 hernies, Mathey compte 316 inguinales et 48 crurales; Monnikhoff, sur 1936 hernies, trouve 1770 hernies inguinales et 167 crurales; 29 hernies crurales et inguinales chez le même sujet. Pour 7032 hernies, la Société des bandages de la cité de Londres compte 6262 hernies inguinales et 770 crurales. Une statistique plus récente faite par cette société donne, sur 3845 hernies, 3540 inguinales et 305 crurales. Si on additionne ces chiffres, on trouve sur 13138 hernies, 11888 inguinales et 1260 crurales. Les hernies inguinales seraient donc neuf fois plus nombreuses que les hernies crurales, en ne tenant pas compte de la différence des sexes.

En compulsant les mêmes statistiques, on voit que sur les 48 hernies crurales de Mathey, il y en a 5 chez des hommes et 43 chez des femmes; que Monnikhoff trouve 33 hernies crurales chez l'homme et 104 chez la femme; la Société des bandages de Londres, 121 hernies crurales chez l'homme et 649 chez la femme; puis dans l'évaluation plus récente, 34 hernies crurales chez l'homme et 271 chez la femme. En réunissant tous ces chiffres, on trouve 493 hernies crurales chez l'homme et 1067 chez la femme. Les hernies crurales seraient donc cinq fois plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

L'influence des âges sur la production de la hernie crurale a été évaluée par Malgaigne; d'après un relevé qui porte sur 23 hommes et sur 72 femmes; ce chirurgien conclut que la hernie crurale est rare avant l'âge de vingt ans. Bien que A. Cooper cite un cas de hernie crurale chez une fille de 19 ans, un autre sur une fille de 7 ans, un autre encore chez un garçon de 11 ans; bien que cette sorte de hernie puisse être congénitale, il n'en demeure pas moins établi que la hernie crurale est une hernie de l'âge majeur.

Nous retrouvons pour la hernie crurale cette loi générale que nous avons déjà établie (p. 631), à savoir, que ces hernies sont plus communes à droite qu'à gauche. Il résulte des recherches de Malgaigne, que les grossesses antérieures prédisposent tout autant aux hernies crurales qu'aux hernies inguinales; que les hernies crurales ne sont pas absolument rares chez les femmes n'ayant pas eu d'enfants. Il ne paraît pas non plus que les hernies crurales soient souvent occasionnées par l'action de violences extérieures; s'il en est un certain nombre qui se produisent à la suite d'efforts, du tra-

vail de l'accouchement, il en est aussi qui surviennent spontanément, c'est-à-dire sans cause appréciable.

Les hernies crurales sont assez souvent bilatérales et d'un volume inégal des deux côtés. Très-rarement il existe deux hernies crurales du même côté.

**Symptômes.** La hernie crurale se présente sous la forme d'une tumeur globuleuse ou ovoïde, située un peu en dedans de la partie moyenne du pli de l'aîne, recouvrant en général la partie moyenne du ligament de Fallope; cette tumeur présente tous les caractères indiqués à la page 632; elle est moins bien circonscrite chez l'homme que chez la femme, ce qu'on attribue à ce que chez le premier le tissu cellulaire de la région est plus dense que chez la seconde. La tumeur atteint rarement un grand volume, c'est-à-dire qu'elle ne dépasse pas la grosseur du poing. Sous ce rapport, il y a une grande différence entre les hernies crurales et les hernies inguinales scrotales. Il faut considérer comme exceptionnel le cas rapporté par Thompson d'une hernie crurale qui, chez une femme, s'étendait jusqu'au milieu de la longueur de la cuisse; la tumeur était de date ancienne et irréductible. Chez certains sujets, la compression exercée par la hernie sur la veine crurale produit un œdème de la partie inférieure du membre.

**Diagnostic.** Les hernies crurales complètes sont en général faciles à reconnaître; il n'en est pas de même, tant que la hernie est *interstitielle* et à plus forte raison quand elle existe à l'état de *pointe*. Dans les hernies interstitielles, il n'y a pas à proprement parler de tumeur; c'est un gonflement général de l'aîne, avec douleur profonde se propageant de l'aîne à l'abdomen et à l'estomac; la douleur est plus vive pendant l'extension de la cuisse, parce que dans cette attitude la hernie est comprimée par les plans aponévrotiques de la cuisse. Lorsque la hernie se développe dans la gaine des vaisseaux, sans faire saillie dans la fosse ovale, on constate l'existence d'un gonflement général en dedans de la veine fémorale; la tuméfaction est plus prononcée, lorsque le sujet se livre à des exercices ou à des efforts. Pour reconnaître la hernie dans ces cas, il faut donner au sujet une attitude telle que les muscles de la région inguinale soient relâchés. On applique l'index sur l'ouverture crurale et on fait tousser le malade. Si à ce moment le doigt perçoit la sensation du choc des viscères, on conclut à l'existence de la hernie.

A l'état de hernie *complète*, la hernie crurale peut être confondue avec la hernie inguinale ou avec d'autres tumeurs de l'aîne.

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES HERNIES CRURALES ET DES HERNIES INGUINALES.** En général les hernies se distinguent entre elles par leur point de sortie et par leur trajet. Quand le trajet est bien accusé, la question est facile à résoudre; personne ne méconnaîtra une hernie inguinale, quand les viscères sont descendus dans le scrotum; une hernie crurale, lorsque les viscères sont sortis par le trou de la veine saphène interne. Il n'en est plus de même des hernies à leur première période d'évolution; pour les distinguer, il faut chercher l'anneau aponévrotique par lequel les viscères sont sortis. On se rappellera que l'anneau crural est placé plus en de-