

soient mises complètement à nu. L'étranglement tient à l'état de resserrement de l'orifice du sac herniaire, orifice qu'on peut débrider en haut sans aucune espèce de danger. Le premier cas de ce genre qui soit venu à ma connaissance, s'est présenté à l'hôpital de Guy, en 1801, dans le service de M. Forster.

Observation 261, communiquée par M. Thompson Forster.* — William Chadwick, cordonnier, âgé de 31 ans, d'une constitution peu robuste, fut admis à l'hôpital de Guy, le 31 janvier 1801. Il se plaignait d'une vive douleur à l'aîne droite, qui était tendue et douloureuse au toucher. Le visage exprimait une vive anxiété. Hoquet; soubresauts des tendons. J'appris que trente-six heures avant son entrée, il avait été pris, pendant une quinte de toux, d'une vive douleur dans l'aîne, et en l'examinant, je découvris une petite tumeur qui était située immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal, et qui descendait dans le scrotum, dans une étendue de trois pouces. Tous mes efforts, pour la réduire, restèrent sans succès, et comme les symptômes étaient graves et pressans, je regardai tout délai comme nuisible, et je proposai l'opération. Le malade ne voulut pas y consentir; il mourut le lendemain.

Autopsie. — Lorsque le scrotum eut été divisé, et que la tumeur eut été mise à nu, on vit qu'elle suivait le trajet du cordon spermatique avec lequel elle faisait corps selon toute évidence; elle était très-serrée à l'anneau. A un examen plus détaillé, et en divisant avec précaution la tunique vaginale du cordon, près de l'anneau, je donnai issue à un liquide; je prolongeai ensuite l'incision jusqu'à la partie inférieure du scrotum, à travers la tunique vaginale du cordon et celle du testicule, qui ne formaient toutes deux qu'une même cavité; je renversai de chaque côté les lèvres de l'incision que j'y avais faite, et je trouvai un sac herniaire, provenant de l'anneau et descendant vers le testicule. D'après cela, on ne pouvait plus douter que le sac herniaire et les parties qu'il contenait, ne fussent renfermés dans la tunique vaginale du cordon spermatique, qui, jusqu'à l'anneau inguinal, ne formait qu'une même cavité. A l'ouverture du sac, j'y trouvai une portion d'intestin grêle, d'une couleur de vin rouge (*claret*), et dans un état gangréneux.

Observation 262, communiquée par M. Wagner.* — John Bossom, tanneur, âgé de 29 ans, fut reçu à l'hôpital de Guy, le dimanche, 30 juin 1816, à dix heures quarante-cinq minutes du matin, pour une hernie congénitale étranglée siégeant du côté droit. Le malade rapporta qu'il avait cette hernie depuis sa naissance, et qu'il portait un bandage depuis 12 ans; que la semaine précédente, ayant travaillé sans son bandage, sa hernie s'était reproduite, mais qu'il l'avait réduite facilement. Le samedi matin, à six heures, il avait eu une selle, après quoi il était retourné à son travail ordi-

naire, lorsque, dans un léger effort, la hernie se reproduisit brusquement, et à partir de ce moment, resta irréductible; il était alors sept heures du matin.

Le malade ne tarda pas à ressentir, dans le ventre, de la douleur, et il fut pris de nausées et de vomissemens, ainsi que de douleur à l'anneau inguinal, et, depuis ce moment, il n'y eut point de selles. Un chirurgien ayant été appelé, essaya le taxis, mais sans succès. Il tira, dans la journée du samedi, environ soixante onces de sang. Ensuite, on plaça le malade dans un bain chaud, et on appliqua des réfrigérans sur le scrotum, mais tout resta sans succès.

A son entrée à l'hôpital, les symptômes n'avaient rien de très-urgent. Le malade se sentait disposé à aller à la selle, mais il n'eut aucune évacuation. Le pouls était plein et dur; la peau chaude et sèche; le visage très-anxieux.

Le malade ayant été couché sur le dos, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les genoux très-rapprochés, et les épaules un peu élevées, le taxis fut soutenu sans interruption, pendant vingt minutes. Ensuite, on administra de petites doses d'émétique, à intervalles rapprochés, et on renouvela les tentatives de taxis pendant que le malade était sous l'influence de ce médicament. Mais ces tentatives ne furent encore suivies d'aucune diminution apparente de la tumeur qui était très-volumineuse; il y avait œdème des tégumens du pénis et du côté correspondant du scrotum. Aucune altération de couleur du scrotum; impossibilité de sentir le testicule du côté droit. (*Bain chaud; saignée de douze onces.*) Le malade fut tenu dans le bain pendant une demi-heure, sans qu'il survint de faiblesse, mais aussi sans diminution de la tumeur; le taxis ne causa que peu de douleur. Au moment où le malade fut retiré du bain, pour être placé sur la chaise, il eut une faiblesse, pendant laquelle on le coucha sur le dos; et on recommença les tentatives de taxis, mais toujours sans succès. Le malade fut alors reporté dans son lit, et on prescrivit un lavement de tabac. On lui en donna la moitié à midi trente-cinq minutes: cette première dose n'eut que peu d'effets sur l'état général du malade; au bout de trente autres minutes, l'autre moitié fut administrée, et en peu de temps, le malade eut la poitrine couverte de sueur. Il éprouva une sensation pénible de débilité, fut pris de vomissemens et d'une prostration musculaire profonde. M. Winbinden profita de ce moment pour renouveler le taxis, mais ce fut encore sans succès; le malade fut ensuite laissé à lui-même pendant quelques heures. Les symptômes n'étaient pas pressans; seulement, il n'y avait pas eu de selles, et de la douleur se faisait sentir à l'anneau inguinal; en outre, l'abdomen était légèrement douloureux à la pression. M. Forster, ayant vu le malade à six heures du soir, le décida à subir l'opération, et la pratiqua de la manière suivante.

Il commença l'incision des tégumens au niveau de l'anneau, et la prolongea en bas, dans une étendue à peu près égale au tiers de celle que présentait la tumeur. Le tissu cellulaire fut ensuite divisé; puis le sac dans une étendue d'un pouce. Le doigt fut alors introduit dans toute sa longueur à travers l'ouverture, et on dilata le sac au moyen du bistouri; on n'y rencontra ni intestin, ni épiploon; mais une poche ou tunique, dont la transparence permettait de voir la couleur noire de l'intestin. M. Forster fit, à cette enveloppe de l'intestin, une petite ouverture, dans laquelle il introduisit le doigt, afin de la déchirer de haut en bas, ce qui mit l'intestin à nu: il ne s'écoula de liquide à aucun moment de l'opération. Deux anses intestinales appartenant probablement à l'iléon, étaient renfermées dans le sac herniaire, et paraissaient avoir une longueur de neuf pouces. L'intestin était d'une couleur foncée, due seulement à la stagnation dans le cours du sang, mais, sous tous les autres rapports, était parfaitement intact. Il contenait quelques matières et beaucoup de gaz. On reconnut que l'étranglement siégeait à l'anneau inguinal, et que pour le débrider, il devenait nécessaire que l'incision des tégumens remontât au-dessus de ce point. On débrida directement en haut avec le bistouri boutonné; porté sur le doigt et introduit dans l'anneau. Il existait, au niveau de l'anneau, de légères adhérences siégeant au collet du sac; mais on les déchira sans difficulté avec le doigt. La réduction de l'intestin fut laborieuse, parce que le chirurgien n'avait pas pris la précaution de le débarrasser, au moyen de pressions exercées sur les matières qu'il renfermait. Toutefois, non il est vrai sans quelques difficultés, les intestins furent replacés dans le ventre. Alors on vit à nu, 1° le testicule à la partie postérieure du sac; 2° l'aspect brillant et poli de la tunique vaginale dans la cavité de laquelle se trouvait une portion du sac, qui recouvrait immédiatement l'intestin, et que M. Forster avait déchiré dans l'opération, avant de mettre l'intestin à nu. Ce sac avait l'aspect d'une membrane vasculaire et tellement mince, que, comme je l'ai déjà dit, on pouvait voir l'intestin à travers son épaisseur. La tunique vaginale avait été reconnue avant qu'il eût été divisé. Le testicule était moins volumineux qu'à l'ordinaire.

Les lèvres de la plaie furent réunies à leur partie moyenne, à l'aide d'une suture. Celle-ci ne comprenait pas la tunique vaginale; au-dessus et au-dessous furent placées des bandlettes de diachylon; le tout fut recouvert d'un plumasseau et d'un bandage en T. Le malade, après avoir été placé dans son lit, se trouva beaucoup mieux. On lui prescrivit de l'huile de ricin en lavement. Deux heures après, il n'avait pas encore eu de selles.

Huit heures du soir: le malade a dormi pendant une demi-heure, et repose encore. A onze heures et demie, le malade a dormi trois heures et éprouve un soulagement marqué. Il a

pris un lavement qui a déterminé une évacuation peu abondante, de couleur foncée, et composée de matières moulées. La peau est chaude et sèche; soif; pouls à 115, plein et dur; abdomen indolent à la pression; douleurs aiguës, revenant par instans dans la plaie. Le malade a uriné.

1^{er} juillet, dix heures: la nuit a été bonne; point de douleurs; cinq ou six selles, après une forte dose d'huile de ricin, prise à minuit; l'abdomen est indolent, mais la plaie est douloureuse; face rouge; soif; langue recouverte d'un enduit blanchâtre; pouls plein et fort, à 95.

Deux heures après midi: peau chaude et sèche, face rouge; soif; pouls plein et fort, mais moins dur que le matin, à 90; une selle.

Minuit quarante-cinq minutes: le malade a dormi; il n'a pas eu de selles; il a été dans un état assez favorable tout l'après-midi et dans la soirée.

2 juillet: Aucun changement, le malade va bien.

3 juillet: nuit très-agitée; douleur dans le dos et les reins, dépendant du décubitus dorsal long-temps conservé. Gonflement considérable du scrotum qui est tendu et très-douloureux au toucher, et qui offre à sa surface une légère rougeur inflammatoire. Le trajet de l'incision présente aussi une tuméfaction légère. Pouls à 105, plein et fort, mais facile à déprimer; peau chaude et sèche; langue blanche et chargée; soif; abdomen indolent à la pression. (*Eau blanche sur le scrotum; huile de ricin.*)

Onze heures et demie du matin: saignée de douze onces, qui amène de la défaillance et un grand affaissement du visage. Après la saignée, le pouls est à 115, mais beaucoup moins plein et moins fort.

Trois heures après midi: le malade sommeille; la tuméfaction du scrotum a diminué; il y a un mieux sensible.

8 juillet: jusqu'à ce jour le mieux a continué, aucun symptôme grave ne s'est montré; le scrotum a considérablement diminué de volume; mais il y a encore de la tuméfaction à la tunique vaginale. La plaie s'est réunie par première intention. Les forces du malade augmentent visiblement.

Observation 263, communiquée par M. Burns, de Glasgow. — Sur le corps d'une vieille femme, apportée pour les dissections, dont on ignorait les antécédens, et dont il avait été impossible d'assigner le genre de mort, j'aperçus, à chaque aîne, ainsi que dans le pli des deux cuisses, un léger relief. En pressant sur l'abdomen, qui contenait une petite quantité de liquide, je rendais ces tumeurs beaucoup plus distinctes. Je reconnus qu'il existait, de chaque côté, une hernie inguinale et une hernie crurale.

Les deux hernies inguinales étaient congénitales, mais elles offraient, en outre, quelque chose de particulier dans leur disposition;

car des deux côtés, le canal était large et aussi dilaté qu'il l'est ordinairement chez l'homme. Il avait, en outre, si peu de longueur, qu'il présentait l'aspect d'un simple trou. Le ligament rond était enveloppé d'une tunique vaginale distincte, dans laquelle était placé l'intestin, qui présentait avec ce ligament les mêmes rapports que le cordon spermatique chez l'homme. Du côté droit, le sac herniaire avait environ deux pouces de hauteur, et présentait la forme d'un flacon ovoïde à long goulot. L'extrémité arrondie sortant de l'orifice inférieur du canal, siégeait à la partie supérieure de la cuisse, et présentait plutôt le trajet d'une hernie crurale que d'une hernie inguinale.

Cette direction de la hernie inguinale chez la femme, a été notée par plusieurs auteurs; le docteur William Hamilton a trouvé plusieurs cas de cette espèce, et M. A. Cooper en cite aussi plusieurs exemples. Nous avons constaté par la dissection, que la cause de cette déviation dans la direction habituelle de la tumeur, tient à une séparation prématurée des piliers de l'anneau. Lorsque le canal inguinal est défectueux dans sa formation, cela tient ordinairement à ce que le bord interne de l'anneau ne se prolonge pas suffisamment. Quand cela arrive, l'orifice inguinal du canal est plus rapproché du pubis qu'il ne doit l'être; mais lorsque l'imperfection est produite par la séparation prématurée des piliers externes, alors on trouve à la dissection l'orifice interne dans sa place accoutumée; mais l'orifice externe est éloigné du pubis. Dans le premier cas, la hernie est placée précisément sur l'épine du pubis, et suit le trajet du cordon dans le scrotum, tandis que dans l'autre cas, elle est plus rapprochée de l'épine iliaque, se trouve située directement au-dessus de l'anneau crural, et descend le long de la cuisse, simulant l'aspect d'une hernie crurale. Toutefois, avec de l'attention, il est facile de distinguer ce dernier cas, en ce que l'on sent que la hernie est située au-dessus de l'arcade crurale et au-dessus de l'épine du pubis.

J'ai mentionné ailleurs une bandelette qui provient du pilier supérieur du canal inguinal, qui contourne le fascia des muscles adducteurs, s'incorporant avec ce fascia, en passant le long de lui, et se prolongeant jusqu'au tendon du grand fessier, auquel, en dernière analyse, il vient s'attacher. Cette bandelette est toujours intimement unie avec le fascia qui provient de l'aponévrose du grand oblique et qui enveloppe la tunique vaginale. La manière dont cette bandelette agit sur le sac était manifeste, dans le cas que je viens de rapporter, par sa pression et par la dentelure qu'elle formait sur le collet du sac.

Celui qui ne connaîtrait pas cette disposition, et qui ignorerait les connexions de ce prolongement du pilier supérieur de l'anneau, n'aurait que des notions très incomplètes sur le rôle qu'il joue dans la hernie.

La connaissance de la conformation des piliers de l'anneau, nous fait comprendre la manière dont ils se comportent à l'égard du cordon, et nous explique comment une compression exercée sur l'abdomen, tend à dilater l'ouverture à travers laquelle le cordon sort de cette cavité. Dans le fœtus, ou l'enfant nouveau né, les piliers de l'anneau réagissent sur le cordon, l'embrassent étroitement et s'opposent ainsi efficacement au passage des intestins: quand toutefois l'effort est plus considérable, si une portion de l'intestin peut s'échapper, alors nous savons que nous pouvons, jusqu'à un certain point, parer aux obstacles mécaniques qui s'opposent au retour de l'intestin. Car, en se rappelant que le pilier supérieur envoie cette bandelette pour croiser l'insertion du pilier inférieur et pour se prolonger le long de la partie interne de la cuisse, on comprend que l'intestin doit être plus comprimé dans telle position de la cuisse que dans telle autre. En mettant la cuisse dans la rotation en dedans, et l'articulation de la hanche dans l'extension, cette bandelette atteint son maximum de tension, elle est tirée en bas, se rapproche du pilier inférieur et serre étroitement tout ce qui est placé entre les deux piliers. Conséquemment, quand des parties contenues dans l'abdomen sont déplacées, cette bandelette, si elle n'est pas relâchée par une attitude appropriée, retient solidement, dans leur position actuelle, les parties déplacées. C'est ainsi que nous avons vu quelquefois un praticien échouer dans ses tentatives de réduction, tandis qu'un autre venant après lui, et plaçant la cuisse dans une autre position, parvenait à obtenir la réduction.

On doit donc placer le membre dans la rotation en dehors, faire croiser la cuisse du côté sain par celle du côté malade, et, si en outre on a eu soin de fléchir préalablement le genou, on éloignera aussi complètement qu'il est possible toute cause de compression sur les parties déplacées, et de cette manière, on facilitera singulièrement la réduction.

Quant à la hernie crurale de la femme qui fait le sujet de l'observation 263, nous trouvâmes une disposition particulière du repli du ligament de Gimbernat; cette disposition, toutefois, n'était pas exactement la même des deux côtés: à gauche, le repli falciforme était refoulé extérieurement de manière à former une enveloppe pour le sac herniaire. Pour faire comprendre comment cette disposition était produite, nous devons rappeler que dans quelques cas on trouve une cloison qui est tendue en travers de l'ouverture crurale, n'offrant qu'un petit trou à son centre. Lorsqu'on exerce une pression sur cette cloison, on la refoule en avant et elle prend la forme d'une capsule qui renferme le sac herniaire, et qui présente à sa partie inférieure une petite ouverture. Sur le bord supérieur et externe de la cloison ainsi projetée, se trouve l'expansion falciforme du fascia lata. Mais dans ce cas, il est manifeste qu'on aurait

pu diviser le fascia sans détruire en rien l'étranglement.

À droite, le repli semi-lunaire était aussi refoulé au dehors, mais ici la corne inférieure passait derrière la veine fémorale, la supérieure était située au-devant d'elle, et ces deux cornes venaient s'insérer à la gaine de l'artère crurale, ou à la cloison qui sépare l'artère de la veine. L'expansion falciforme de ce côté était située sur la corne antérieure de la cloison refoulée, et avait suivi le même trajet qu'elle, en conséquence, il y avait l'apparence de deux expansions falciformes, ce qui n'est pas rare. Toutes les deux étaient en contact, et toutes les deux doivent avoir été divisées en même temps. Par cette double incision, l'arcade aura été considérablement dilatée, et la cause de l'étranglement détruite (1).

Le cas suivant est un exemple de troche formé à l'entrée de la tunique vaginale, par suite d'adhérence incomplète de cette membrane.

L'intestin qui était descendu dans le scrotum fut réduit, cependant les symptômes d'étranglement n'ayant nullement diminué, on ouvrit le sac pour dégager la portion d'intestin qui pouvait être restée à l'anneau abdominal, mais l'opérateur ne put découvrir aucune trace de hernie. Ce ne fut qu'à un examen attentif, qu'on reconnut qu'une portion d'intestin était étranglée dans un diverticulum situé au-dedans de l'abdomen à l'orifice du sac.

Observation 264, communiquée par M. Key.* — Thomas Harding, âgé de 58 ans, entra à l'hôpital de Guy le 26 juin 1825, à 9 heures du matin, ayant une hernie scrotale à droite, et offrant tous les symptômes de l'étranglement. Depuis plusieurs années il était sujet à de fréquentes descentes d'une hernie qu'il pouvait quelquefois réduire lui-même, mais pour laquelle il avait été souvent obligé de recourir aux soins d'un médecin. La hernie s'était reproduite la veille au soir, un chirurgien avait fait une large saignée, et avait fait, mais en vain, plusieurs essais de réduction. Au moment de son

entrée, le malade éprouvait une vive douleur à l'épigastre, des vomissemens, et, de temps en temps, des hoquets; le pouls était fréquent et petit; M. Morgan ayant donné au malade une position convenable, réduisit facilement la hernie par un taxis bien méthodique. On prescrivit des lavemens ordinaires et le malade fut replacé dans son lit. Le lendemain matin, les symptômes d'étranglement avaient reparu avec la même intensité; les lavemens avaient été rendus avec très peu de matières; pouls à 98, petit et filiforme; langue chargée; abdomen tendu et douloureux; sangsues et fomentations. Une exploration minutieuse fit reconnaître une petite tumeur située dans le trajet du canal inguinal. (*Saignée de douze onces; vésicatoire sur l'abdomen; lavemens purgatifs.*) L'huile de ricin ayant été administrée, fut vomie immédiatement. Malgré cette médication énergique, les symptômes n'éprouvèrent pas la plus légère amélioration, ils persistèrent avec une violence extrême pendant la nuit, et le lendemain matin le malade était beaucoup plus mal. M. Morgan, pensant qu'il existait encore une portion d'intestin étranglée, se décida à l'opération. Il divisa la peau, le fascia superficiels, et le crémaster, d'après le procédé généralement suivi, et mit à découvert ce que l'on prenait pour le sac herniaire. Il ouvrit ensuite ce sac, et y ayant introduit le doigt, il le fit pénétrer sans peine à travers l'anneau dans l'intérieur du canal inguinal. Il y avait bien dans le canal une saillie anormale, mais on ne pouvait reconnaître dans cette saillie la présence de l'intestin, et, d'un autre côté, le doigt ne pouvait pénétrer dans l'abdomen. Le canal inguinal fut alors ouvert, en fendant de bas en haut l'aponévrose du grand oblique, on prolongea l'incision déjà faite à ce qu'on regardait comme le sac, mais alors encore on n'aperçut aucune trace d'intestin, et on ne put trouver aucune communication entre le sac et la cavité abdominale. Ce qu'on sentait dans le canal semblait consister dans un épaississement du cordon. Regardant comme dangereuse une investigation plus pro-

(1) Les changemens que subit la tunique vaginale après la descente du testicule, et l'aspect qu'elle présente chez les divers sujets, sont très-bien indiqués dans les recherches anatomiques de M. Cloquet, sur la formation de la hernie congénitale et de l'hydrocèle du cordon. Le point de réunion de la cavité vaginale avec la cavité péritonéale, est marqué par une dépression située à cinq ou six lignes du bord externe de l'ouverture du fascia transversalis, et existe aussi bien chez la femme que chez l'homme. Chez la première, le péritoine forme souvent à la partie antérieure du ligament rond, un petit canal (canal de Nuck) qui se présente quelquefois sous la forme d'un tube cylindrique, se terminant en pointe ou en cul-de-sac arrondi, variable dans sa longueur et dans son calibre. Quelquefois au contraire, ce petit canal présente la forme d'une espèce d'ampoule à collet étroit qui communique avec l'abdomen. Ce petit cul-de-sac adhère toujours intimement au ligament rond. Quelquefois il ne peut admettre qu'une sonde; chez d'autres sujets, il peut loger l'extrémité du petit doigt. M. Cloquet l'a rencontré, non seulement chez les fœtus femelles, mais encore chez les jeunes filles et chez les femmes de tout âge. (*Recherches anatomiques*, p. 41.)

L'existence de ce canal donne lieu à la hernie congénitale chez les femmes, du moins peut-on présumer que la hernie inguinale, qui apparaît chez les très-jeunes filles, est due à ce que les parties contenues dans l'abdomen sont poussées dans cet appendice allongé du péritoine qui correspond à la tunique vaginale de l'homme. Il semble qu'on ne puisse expliquer autrement la fréquence de la hernie inguinale chez les sujets très-jeunes du sexe féminin, en ayant égard à la rareté de cette affection chez la femme adulte. M. Dupuytren m'a annoncé comme résultat de ses observations, que chez les jeunes filles, la proportion de la hernie inguinale à la fémorale est d'environ deux sur quinze.

longée, puisqu'on ne pouvait trouver aucune hernie; les lèvres de la plaie furent rapprochées et le malade placé dans son lit. (*Calomet et opium, un grain toutes les quatre heures.*)

Cependant la constipation et tous les autres symptômes persistèrent.

Le 29, pouls petit et faible; ventre tendu; visage anxieux; extrémités froides; le malade s'affaissa graduellement, et mourut dans la matinée du 30, quatre jours après son entrée et deux jours après l'opération.

Autopsie. — On reconnut que ce qui était situé sous le crémaster, et ce qu'on avait regardé comme le sac herniaire, était la portion réfléchie de la tunique vaginale, dans la cavité de laquelle le doigt avait été introduit; mais ce dernier avait pu pénétrer dans l'abdomen par suite de la disposition suivante: la tumeur qu'on avait sentie dans le canal inguinal, était un sac herniaire, situé derrière le cordon et contenait une portion d'intestin étranglée, offrant une couleur noire et une large tache gangréneuse. L'étranglement était situé au collet du sac, derrière l'anneau abdominal,

et dans le point correspondant à la partie inférieure de son pourtour. La communication entre la tunique vaginale et la cavité abdominale, n'était pas complètement fermée, mais le doigt n'avait pu pénétrer de la cavité vaginale dans la cavité péritonéale à cause de la compression exercée par la hernie. Immédiatement au-dessous de l'ouverture de la tunique vaginale dans l'abdomen, était situé le collet d'une poche anormale qui descendait en bas et en dedans, derrière le fascia transversalis, dans la direction de l'anneau crural. C'était dans ce renflement qu'une portion de l'iléon était descendue et avait été étranglée. Il semble probable que lors de l'entrée du malade à l'hôpital, une portion considérable de l'intestin était descendue dans la tunique vaginale, car celle-ci offrait toutes les apparences d'un ancien sac herniaire; que cette portion contenue dans la tunique vaginale avait été facilement réduite tandis que la portion contenue dans l'autre sac était restée non-réduite, et avait, par suite de son étranglement, déterminé les accidents auxquels succomba le malade.

HERNIE CRURALE.

SYMPTOMES. — Le premier symptôme de la hernie crurale est une douleur qui se manifeste lorsque le malade étend la cuisse; cette douleur se propage à l'estomac et détermine des nausées. Si l'on examine la cuisse, on trouve un ganglion lymphatique, plus distinct dans l'aîne de ce côté que dans l'autre, et qui fait éprouver une sensation très-douloureuse à la pression la plus légère. En général, cette douleur est perçue pour la première fois le soir, quand le malade, après s'être assis pour se déshabiller, se lève subitement et étend le membre. Elle persiste quelque temps après qu'il s'est couché, et le force à lever le genou, attitude qui amène un prompt soulagement. La douleur qui est ainsi produite par l'extension de la cuisse reconnaît pour cause la tension des fascia de la cuisse et la pression qu'ils exercent sur la tumeur.

Le premier phénomène appréciable qui indique la présence de la hernie crurale, est un gonflement général de la région qui en est le siège; ce gonflement est facile à réduire par la pression; il devient déclive dans la station, remonte dans la position horizontale, et semble d'abord n'être qu'une dilatation de la gaine des vaisseaux cruraux. En second lieu, on trouve une petite tumeur circonscrite, offrant à peu près le volume de l'extrémité du doigt, située sous l'arcade crurale, à un pouce environ en dehors de la tubérosité du pubis et gisant dans le creux situé entre cette éminence et les vaisseaux cruraux. Lorsque la tumeur augmente de volume, au lieu de se diriger en bas, comme la hernie inguinale, elle passe en avant, et souvent contourne le bord antérieur de l'arcade crurale, parce que, dans ce sens, elle éprouve moins de résistance que dans tout autre. Dans ses progrès, la tumeur prend plus de volume sur les côtés qu'en haut et en bas, de sorte que sa forme est oblongue transversalement. Chez la femme, elle est généralement plus mobile; sa mollesse et l'absence de changement de couleur à la peau, lui donnent simplement l'aspect d'une tumeur formée par l'un des ganglions inguinaux. Mais chez l'homme, la peau est ordinairement moins lâche, la tumeur n'est pas si distinctement circonscrite,

et paraît en quelque sorte plus enchassée dans l'épaisseur de la cuisse.

VOLUME. — Les hernies crurales les plus volumineuses que j'aie vues, existaient l'une chez un homme, l'autre chez une femme. Chacune d'elles avait le volume du poing. Elles occupaient la totalité du creux compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'épine du pubis. M. Thompson, professeur de chirurgie militaire à Edinbourg, a rapporté le cas d'une femme qui avait une hernie crurale ancienne et irréductible, et chez laquelle la tumeur s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Dans ce dernier cas, les parois de l'abdomen étaient tellement minces, qu'elles permettaient de voir le mouvement péristaltique des intestins (1). Du reste, il n'est pas besoin de dire que la hernie crurale est comparativement plus petite que la hernie inguinale et que, par conséquent, elle est plus dangereuse, en ce qu'elle échappe plus facilement à l'investigation.

DIRECTION. — La hernie crurale se dirige obliquement en dedans et en avant, excepté à son début où elle se porte un peu plus en bas; de telle sorte qu'en divisant la peau sur la tumeur, c'est sur son fond que l'on incise. Quelquefois cependant il arrive qu'au lieu de croiser la cuisse dans la direction de l'arcade crurale, elle s'étend en bas, sur le côté de la veine crurale et de la saphène interne.

ANATOMIE. — A l'examen anatomique de la hernie crurale, lorsque la peau a été enlevée, on voit à nu le fascia superficiel du grand oblique qui, quoique d'une texture délicate dans son état ordinaire, devient extrêmement épais et très-distinct sous l'influence de la pression exercée par une hernie, surtout chez les sujets chargés de graisse. Au-dessous de cette première enveloppe, se trouve ordinairement un autre fascia, qui offre exactement la forme de la hernie et embrasse étroitement celle-ci. Un fascia mince recouvre à l'état normal l'ouverture à travers laquelle passe la hernie. Ce fascia tapisse en descendant la face postérieure de l'os pubis. Aussi quand la hernie pénètre dans la gaine (2), elle pousse ce fascia

(1) Voyez un Essai sur la hernie crurale, par M. Wood, chir. à Edinbourg.

(2) Gaine des vaisseaux fémoraux d'A. Cooper.