

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 décline 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.

au-devant d'elle, de telle sorte qu'on peut en retirer par l'intérieur du ventre le sac herniaire en laissant parfaitement distinct au dehors le fascia qui le recouvrait. Le fascia qui constitue la gaine crurale et dans lequel sont pratiquées les ouvertures qui livrent passage aux vaisseaux absorbans, est aussi repoussé en avant et s'adosse au précédent, de manière que les deux fascia ne forment qu'une même enveloppe. Sur les hernies volumineuses, on trouve que le premier de ces deux fascia ne peut être suivi en haut au-delà du rebord de l'ouverture situé au côté interne de la gaine crurale dans laquelle descend la hernie; mais dans les hernies peu volumineuses, il peut être suivi dans l'abdomen jusque près du péritoine, et dans ce cas il constitue à la hernie une poche qui représente une enveloppe complète, quand on en a retiré celle-ci. Dans une hernie peu volumineuse, cette enveloppe est plus épaisse que le sac lui-même; mais, par suite de l'extension graduelle qu'elle subit, elle devient plus mince et moins distincte, et je l'ai rencontrée intimement unie avec le fascia superficialis chez une femme atteinte de hernie et dont j'ai fait la dissection.

J'ai observé ce fascia pour la première fois, en disséquant le cadavre d'un homme qui fut apporté à l'hôpital St-Thomas en l'année 1800, et qui avait d'un côté une hernie crurale étranglée et de l'autre une hernie crurale réductible. La pièce anatomique est conservée dans le musée de l'hôpital de Guy. Je l'ai vu une seconde fois, dans l'opération pratiquée sur Madame Bisham dont l'observation est rapportée ci-dessous. Depuis ce moment, je l'ai toujours fait voir sur le cadavre, dans mes leçons sur la hernie crurale. Il peut être nommé le *fascia propria* de la hernie crurale; lorsqu'il est divisé, on trouve entre lui et le sac beaucoup de tissu adipeux, et ce n'est qu'après avoir incisé ce tissu qu'on voit à nu le sac péritonéal lui-même. Derrière le sac, se trouve le feuillet profond du fascia lata; le sac est placé dans l'espace compris entre le feuillet du fascia lata qui recouvre les vaisseaux cruraux et celui qui passe sur le pectiné et le triceps; ainsi donc la hernie se trouve au-devant du fascia lata.

La forme du sac dans la hernie crurale diffère de celle qu'il présente dans la hernie inguinale.

(1) M. Thompson, à qui nous devons des remerciemens pour les explications qu'il a bien voulu nous donner au sujet de plusieurs passages d'A. Cooper, a désigné sous le nom de ligament pubien d'A. Cooper le trousseau fibreux qui recouvre l'os pubis dans le lieu indiqué.

(2) Ce passage, qui du reste est traduit littéralement, pouvant offrir quelques difficultés avant d'être bien compris, nous allons chercher à le rendre plus intelligible. Voici, selon nous, le véritable sens des expressions d'A. Cooper. Le septum crural forme dans l'état normal une cloison ou un obturateur qui ferme l'orifice supérieur du canal crural, c'est-à-dire que cette cloison est circonscrite en dedans par le ligament de Gimbernat, en dehors par la veine crurale. Maintenant, qu'il se forme une hernie peu volumineuse, le collet du sac étant peu volumineux n'occupera pas tout l'espace compris entre le ligament de Gimbernat et la veine, en sorte qu'il restera autour du collet du sac, une marge, une portion du plancher qui formait le septum; la hernie au contraire est elle-même volumineuse, le collet du sac comble alors la totalité de l'espace compris entre les deux points indiqués, de telle sorte qu'il n'y a plus de marge ni de porcon du plancher ou septum rural.

(Note des Trad.)

Dans cette dernière, il est pyriforme; mais dans la hernie crurale, la partie qui en constitue le fond est hors de proportion avec son orifice: et sa forme, quand il est insufflé et séché, est celle d'une fiole à goulot très court.

L'orifice du sac est entouré par un fascia ou membrane celluleuse, rendue très-épaisse par suite d'adhérences, et qui forme avec le fascia subjacent un sac complet, de l'intérieur duquel la hernie peut être retirée, en laissant une poche complète. Entre l'orifice du sac herniaire et la tubérosité du pubis, est située l'insertion du grand oblique à la crête et au ligament pubien (1). Derrière l'orifice du sac on rencontre le pubis recouvert par son ligament et le fascia iliaca; au-devant le bord postérieur de l'arcade crurale, et plus bas toujours en avant, le bord semi-lunaire du fascia lata et une partie de la gaine crurale; à son côté externe est une lame très-mince qui le sépare de la veine iliaque. Du reste, suivant que le volume de la hernie est plus ou moins considérable, on voit persister une portion plus ou moins étendue du fascia qui dans l'état normal s'étend depuis l'insertion de l'oblique externe jusqu'à la veine iliaque, c'est-à-dire du *septum crurale*. Si la hernie est petite, une portion de ce fascia persiste autour de l'orifice du sac, mais si elle est volumineuse, l'orifice du sac occupe tout l'espace compris entre l'insertion du grand oblique et la veine crurale (2): seulement il reste entre la veine et le sac une portion mince de ce fascia. La veine longe le côté externe du sac herniaire, à environ un demi-pouce du centre de son orifice; et le centre de l'artère iliaque externe se trouve à un demi-pouce en dehors de la veine. L'artère épigastrique naît de l'artère iliaque externe à trois quarts de pouce du centre de l'orifice du sac; et, dans son trajet en avant et en haut, elle se rapproche du centre de cet orifice d'environ un quart de pouce.

Voici les distances ordinairement comprises entre ces divers points:

- 1° Chez l'homme:
De la symphyse du pubis au centre de l'orifice du sac. 2 pouc. angl.
Du centre de l'orifice du sac à l'artère iliaque externe. 1 pouc.
Du centre de l'orifice au centre de la veine iliaque externe. 0 1/2 pouc.

Du centre de l'orifice à l'origine de l'artère épigastrique. 0 3/4 pouc.

Du centre de l'orifice au bord interne de l'anneau abdominal. 1 pouc.

De la tubérosité du pubis au centre de l'orifice du sac. 1 pouc.

2° Chez la femme:

Chacune des mesures qui précèdent se trouve plus grande d'un 1/8 à 1/4 de pouce, lorsque le bassin est bien conformé.

Le cordon spermatique chez l'homme et le ligament rond chez la femme, sont, dans leur trajet, distans d'environ un demi-pouce de la partie antérieure du sac herniaire. Situés d'abord à son côté externe, ils croisent ensuite sa partie antérieure (1).

Lorsqu'on examine, à sa partie antérieure, l'ouverture à travers laquelle passe le sac herniaire, on trouve que ce dernier après être descendu un peu dans la gaine crurale, se dévie en dedans, et fait saillir la partie interne de cette gaine dans le lieu où s'engagent les vaisseaux absorbans. Dans cet endroit, le sac herniaire se trouve placé entre deux bandellettes de la gaine crurale. De ces deux bandellettes, l'une se détache de la partie antérieure de l'insertion du muscle grand oblique au pubis, se réfléchit en arrière de la veine crurale et passe sur le collet du sac; l'autre provient de l'endroit où le grand oblique s'insère à la ligne iléo-pectinée, et au ligament du pubis. Cette dernière bandelette se continue en arrière du collet du sac, et se confond enfin avec le fascia qui recouvre la veine crurale et avec la partie du fascia lata qui recouvre le pectiné.

DIAGNOSTIC.— La hernie crurale est caractérisée par les mêmes symptômes généraux que la hernie inguinale; la tumeur paraît dans la station et disparaît dans la position horizontale; elle augmente de volume pendant la toux; quand c'est l'intestin qu'elle renferme, elle est uniforme et élastique au toucher, et fait entendre un bruit de gargouillement à l'instant où elle entre dans l'abdomen; quand elle renferme l'épiploon, sa surface est moins égale, elle est pâteuse au toucher, et elle ne donne lieu à aucun bruit dans le moment où elle rentre dans l'abdomen.

La hernie crurale est moins susceptible que la hernie inguinale d'être confondue avec d'autres maladies, parce que les tumeurs de l'aîne, qui tiennent à d'autres causes qu'une hernie, sont beaucoup moins fréquentes que les tumeurs non herniaires du scrotum. Néanmoins le diagnostic de cette maladie exige encore de la part du chirurgien une grande attention. Plusieurs individus, à ma connaissance, ont succombé par suite d'erreurs de

cette espèce, ou bien parce que la tumeur herniaire a resté complètement inaperçue.

Je conçois à peine que la hernie crurale puisse être confondue avec un engorgement glanduleux de l'aîne; cependant cette erreur a été commise, ainsi que le prouve le fait suivant: un malade atteint de hernie crurale fut envoyé à l'hôpital de Guy par un chirurgien d'une grande pratique. Pendant trois jours on avait appliqué des cataplasmes sur la tumeur, qui avait été prise pour un bubon vénérien, et lorsque l'opération fut faite, on trouva l'intestin gangréné.

Observation 265, communiquée par M. Béthune.....* — M. Béthune fut appelé auprès d'un malade qui portait dans l'aîne gauche une tumeur et qui coïncidemment avec l'existence de cette tumeur, était atteint de constipation. La tumeur avait été traitée par des cataplasmes, parce qu'on la croyait en voie de suppuration. Les symptômes ayant persisté pendant 3 jours, on pratiqua sur elle une petite incision qui donna issue d'abord à des gaz, puis à des matières fécales. Bientôt survinrent des symptômes d'inflammation intestinale, les lavemens sortaient en partie par la plaie de l'aîne, et le malade succomba 10 jours après l'opération; c'est probablement l'S iliaque du colon qui était contenue dans la hernie.

Une telle méprise est due au peu d'attention que l'on donne aux renseignemens fournis par le malade sur la marche de la maladie, ainsi qu'à diverses circonstances telles que l'apparition de la tumeur dans l'attitude verticale, sa disparition dans la position horizontale, et surtout son accroissement causé par la toux, telles encore que la constipation, les éructations, les vomissemens. Toutefois l'observation suivante nous fera voir quelle minutieuse attention on doit apporter dans les cas de ce genre.

Observation 266.* — Je fus appelé par M. Owen auprès d'une dame âgée de 55 ans qui, depuis le mercredi 12 novembre 1806 jusqu'au vendredi 21 du même mois, éprouvait les symptômes d'une hernie étranglée; deux médecins l'avaient traitée pour un ileus; mais elle ne leur avait point dit qu'elle eût une tumeur dans l'aîne.

Dans cette région, et du côté droit, M. Owen découvrit une tumeur qui, me dit-il, était extrêmement dure, et ne lui parut point produite par une hernie. Néanmoins, d'après la nature des symptômes, il diagnostiqua une hernie. Quand j'examinai la malade, je trouvai un ganglion qui avait acquis le volume d'un œuf de poule, était très-mobile, et derrière lequel je reconnus une tumeur élastique et très-distincte du ganglion engorgé; après 7 minutes de compression, une partie de la tumeur rentra brusquement dans l'abdomen et 4 minutes après le reste de la hernie es

(1) Lorsque la hernie crurale est accompagnée d'une hernie inguinale du même côté, le trajet du cordon spermatique subit une déviation considérable, tenant à ce que le canal inguinal a perdu son obliquité. Dans ce cas, le cordon, au lieu d'être antérieur au collet de la hernie crurale, est situé à son côté interne. J. Cloquet, dans ses recherches anatomiques, rapporte un cas de cette espèce. A. K.

réduisit avec gargouillement. Au bout de 15 minutes, la malade eut une selle qui fut suivie dans la soirée de plusieurs autres évacuations. Alors les symptômes d'étranglement avaient disparu. La tumeur formée par le ganglion persista. Ce fait me parait important, autant sous le rapport de la durée des symptômes d'étranglement qui fut de 10 jours, que sous le point de vue de la complication des deux maladies.

Les abcès du psoas et la hernie crurale, ont quelques symptômes communs; aussi le chirurgien est-il exposé à prendre ces affections l'une pour l'autre. Au premier aspect, le siège de la tumeur formée par l'abcès est presque le même que celui de la hernie; son volume s'accroît par la toux précisément comme celui de la hernie, la tuméfaction est un peu plus considérable dans l'attitude verticale que dans la position horizontale.

Les signes distinctifs sont les suivants; les abcès du psoas sont précédés d'une douleur de l'aîne qui dure plusieurs semaines. Quoique la position influe d'une manière appréciable sur la tension de la tumeur, il est rare que celle-ci rentre entièrement dans l'abdomen; on peut aussi en général sentir de la fluctuation; la tumeur, bien qu'étant située à peu de chose près dans le lieu qu'occupe la hernie crurale est ordinairement un peu plus rapprochée de l'épine iliaque. En outre, la tumeur ne coexiste point avec un état de constipation, et enfin quand une fois la saillie qu'elle forme a paru à la partie supérieure de la cuisse, son accroissement est beaucoup plus rapide que celui de la hernie. Toutefois, il y a moins de danger à se méprendre sur l'existence de l'abcès que sur l'existence de la hernie; car le premier n'exige pas de la part du chirurgien une action immédiate, et en outre on verra se manifester plus tard dans le cours de la maladie des signes caractéristiques; mais l'erreur la plus commune, et celle qu'on doit le plus redouter, consiste à prendre une hernie crurale pour une hernie inguinale; les dangers de cette méprise sont évidents dans le taxis en ce que les manœuvres doivent être dirigées d'une manière tout-à-fait différente dans l'une ou l'autre de ces maladies; ils sont plus imminents encore dans l'opération, surtout si le chirurgien a pour habitude de débrider dans la hernie inguinale en haut et en dehors vers l'épine iliaque. J'ai été appelé en consultation avec un médecin des environs de Londres afin de pratiquer l'opération pour un prétendu cas de hernie inguinale; je trouvai une hernie crurale qui était étranglée depuis 3 jours, pendant lesquels on avait fait des tentatives répétées pour réduire la tumeur en la comprimant dans la direction de l'épine iliaque; elle fut réduite en 5 minutes par un taxis dirigé d'après les principes qu'on doit adopter dans le cas de hernie crurale.

Un chirurgien qui avait opéré une femme atteinte de hernie crurale, ayant envoyé sa malade à Londres, pour se procurer un bandage convenable, écrivait dans sa lettre; que dans

l'opération il avait trouvé l'étranglement à l'anneau inguinal. Après une pareille méprise, il est bien heureux que la malade n'ait pas succombé par suite de l'opération.

Un autre chirurgien, en opérant une hernie qu'il supposait inguinale, vit survenir une hémorrhagie veineuse, qui fit suspendre l'opération pendant 15 minutes, et qu'on eut beaucoup de peine à arrêter; il s'agissait d'une hernie crurale, et c'était probablement la veine fémorale qu'il avait atteinte dans son incision dirigée vers l'épine iliaque.

On peut tomber dans ces fâcheuses méprises quand on n'apporte pas la plus grande attention dans le diagnostic; en effet la hernie crurale, après un trajet descendant vers la cuisse, rétrograde souvent en haut au-devant de l'arcade crurale.

Les caractères distinctifs sont, d'après mon observation, les deux suivants:

1° Dans la hernie inguinale le collet est situé au-dessus de l'épine du pubis, tandis que dans la hernie crurale, il est au-dessous et en dehors.

2° Si dans la hernie crurale, on tire le sac en bas, on peut reconnaître au-devant de ce collet le trajet de l'arcade crurale.

Une dilatation de la veine fémorale peut être prise pour une hernie crurale.

Observation 267. — M. Hosegood me fit appeler pour voir une malade portant à l'aîne une tumeur qui se dilatait pendant la toux, disparaissait dans la position horizontale et reparaissait dans la station; cette tumeur, d'après le récit de la malade, avait été prise pour une hernie; le diagnostic dans ce cas était facile; en effet, quoique la tumeur disparût dans l'attitude horizontale, elle se reproduisait aussitôt, même quand la malade conservait cette position, pourvu que l'on pressât sur la veine au-dessus de l'arcade crurale, et que, de cette manière, on fit obstacle au retour du sang. La malade ayant succombé à un rétrécissement du colon, j'en fis l'autopsie. La veine crurale était assez dilatée pour permettre l'introduction du doigt; mais il n'y avait point de hernie.

Dernièrement j'ai disséqué le cadavre d'un sujet dont l'observation est rapportée plus loin, et qui, à la suite d'une opération de hernie, avait eu un anus contre nature. Chez ce sujet et du côté gauche, je trouvai une tumeur stéatomateuse qui occupait exactement la place d'une hernie crurale. Le sujet de cette observation avait eu probablement une hernie crurale; le sac était revenu sur lui-même graduellement, car il n'en restait qu'une très-petite portion au niveau de l'anneau crural, et l'espace qui avait ainsi été laissé libre se trouvait comblé par de la graisse qui s'était accumulée au point de former une tumeur volumineuse.

Le docteur Monro jeune rapporte un cas de tumeur hydatique qui fut extirpée de la partie supérieure et interne de la cuisse et qui eut pu facilement être confondue avec une hernie. Il en rapporte un autre exemple tiré de la pratique de Desault, qui reconnut la transparence de cette tumeur en plaçant une chandelle de

l'autre côté, et qui put la détacher de l'arcade crurale de manière à laisser un espace entre la tumeur et l'abdomen, ce qui prouva que cette tumeur ne provenait pas de l'abdomen.

On a avancé que deux sacs herniaires pouvaient passer en arrière de la même arcade crurale, mais quoique je ne voulusse pas nier l'existence de ce fait, je n'ai jamais vu d'exemples de sacs ayant deux orifices distincts dans la cavité de l'abdomen. Mais j'ai vu un sac herniaire descendant dans la gaine des vaisseaux cruraux et croisant leur partie antérieure, tandis qu'une autre portion située hors de la tunique, à la cuisse, s'étendait dans la direction habituelle.

La hernie crurale se rencontre plus fréquemment du côté droit que du côté gauche, ce qui tient probablement à ce que l'on fait généralement de plus grands efforts avec le côté droit du corps qu'avec le côté gauche. Toutefois, mes dissections m'ont appris que, quand il existait une hernie volumineuse d'un côté, il s'en trouvait généralement une autre petite du côté opposé, bien que la plupart du temps cette dernière n'eût pas été découverte pendant la vie.

La hernie crurale se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, ce qui tient, d'une part, aux différences anatomiques que nous avons indiquées dans la disposition des parties situées derrière l'arcade crurale; et d'une autre part, à ce que l'orifice qui livre passage au cordon chez l'homme est beaucoup plus considérable que celui du ligament rond chez la femme. Il résulte de là que c'est la hernie inguinale qui se rencontre le plus souvent chez l'homme, et que chez lui par contre il existe une prédisposition à éviter la hernie crurale.

Néanmoins, il m'est arrivé de rencontrer sur le même sujet, deux hernies d'un seul côté, l'une crurale, l'autre inguinale, cela seulement il est vrai, dans deux cas. Quelquefois on trouve une hernie crurale d'un côté et une hernie inguinale de l'autre.

J'ai aussi observé un cas dans lequel il y avait sur un côté une hernie crurale et une hernie inguinale, la dernière était guérie par adhérence. Sur le côté opposé il y avait une hernie inguinale encore existante.

Les femmes qui ont eu des enfants sont plus exposées que les autres à la formation des hernies crurales; c'est sans doute à cause de l'extension qu'ont subie les muscles abdominaux pendant la gestation, distension qui, après la grossesse, laisse dans un état de relâchement les parties situées au-dessous de l'arcade crurale.

La hernie crurale renferme le plus ordinairement l'intestin seul; c'est en général l'iléon; quelquefois on trouve l'intestin et l'épiploon. Je n'ai rencontré que deux cas dans lesquels l'épiploon seul formait la hernie. Quelquefois le cœcum est contenu dans la hernie crurale

du côté droit: on a aussi trouvé les ovaires dans la hernie crurale, et j'ai vu un cas dans lequel l'utérus avait été amené jusqu'à l'orifice du sac.

Le moins âgé des sujets chez lesquels j'ai observé la hernie crurale, avait sept ans: c'était une fille, profondément débilitée par des affections scrophuleuses: elle avait porté un bandage pendant environ six mois. J'ai encore observé un cas de hernie crurale chez un enfant de 11 ans. Le sujet le plus jeune après les deux que je viens de mentionner était une dame de 19 ans, cliente de M. Skuter. Dans ce dernier cas dont l'observation sera rapportée plus tard, je pratiquai l'opération. La fréquence de cette hernie est proportionnelle à l'âge des sujets; et ce n'est pas seulement par suite du relâchement qui, chez les personnes âgées, est plus fréquent que chez les jeunes sujets; cela tient encore à ce que le psoas et l'iliaque interne par suite des habitudes plus sédentaires de l'âge avancé, diminuent de volume. Comme, par suite de cette atrophie, ils occupent moins de place derrière l'arcade crurale, il y reste pour l'ampliation de la gaine crurale un espace plus considérable. En outre, les fascia s'affaiblissent beaucoup dans l'âge avancé par l'effet d'une résorption plus active.

Les causes qui produisent la hernie crurale sont à peu près les mêmes que celles qui ont été signalées comme déterminant la hernie inguinale. Ce sont en général toutes les circonstances qui ont pour effet d'augmenter la pression des viscères et de diminuer la résistance des parois abdominales. Mais il est une circonstance sous le rapport de laquelle ces deux hernies diffèrent l'une de l'autre. Je n'ai, par exemple, jamais vu la hernie crurale déterminée par un coup. Cette affection ne peut être que la conséquence d'une pression et d'une distension exercées graduellement sur les parties, dont l'organisation est telle qu'elles ne pourraient se rompre que sous l'effort d'une violence considérable. C'est donc surtout à cette espèce de hernie que le mot de rupture est inapplicable.

Lors du développement de l'utérus, durant la gestation, la hernie crurale disparaît ordinairement.

Cependant j'ai observé avec M. Richard Pugh une hernie crurale et une hernie inguinale très-volumineuses, chez une femme grosse de 5 à 6 mois.

Observation 268. — J'ai observé un cas dans lequel une hernie crurale, de chaque côté, était survenue chez un homme, par suite des efforts que nécessitait l'expulsion des urines rendue difficile par un rétrécissement de l'urètre. La hernie du côté gauche était petite et complètement renfermée dans la gaine des vaisseaux, celle du côté droit était volumineuse et s'était fait jour à travers une ouverture de la même gaine.

HERNIE CRURALE RÉDUCTIBLE.

La hernie crurale peut se présenter à trois états différens : elle est *réductible*, *irréductible* ou *étranglée*.

Comme l'ouverture à travers laquelle passe la hernie est d'un très-petit diamètre, il y a incessamment imminence d'étranglement. Cette hernie, alors même qu'elle est réductible et qu'elle rentre dans l'abdomen pendant la nuit, offre une réductibilité toujours beaucoup plus difficile que celle de la hernie inguinale, et les phénomènes de l'étranglement peuvent y survenir par le seul fait d'un état de distension des intestins et de divers troubles apportés dans les fonctions digestives.

La réduction par le taxis est aussi beaucoup plus difficile que dans les autres espèces de hernies; et, eu égard à l'étréitesse de l'ouverture à travers laquelle descend l'intestin, aussi bien qu'à la direction qu'il suit dans son trajet, les manœuvres de la réduction doivent être différentes. Voici de quelle manière on doit agir.

La position du malade doit être telle que l'abdomen soit aussi relâché que possible. Pour atteindre ce but, les épaules seront élevées, et les cuisses fléchies à angle droit sur le tronc; mais cette attitude n'aurait encore qu'un résultat peu satisfaisant si l'on n'avait pas le soin de rapprocher en même temps les genoux l'un de l'autre. Que l'on dissèque la région crurale avec l'intention expresse de constater les modifications que détermine la position dans la tension respective des diverses parties sur le cadavre, et l'on reconnaîtra :

1° Que quand les cuisses sont dans l'extension, l'arcade crurale et tous ses fascia sont tendus.

2° Que quand, au contraire, les cuisses sont fléchies, les genoux restant portés en dehors, les fascia sont déjà un peu relâchés.

3° Enfin que quand les cuisses sont fléchies et les genoux rapprochés, l'arcade crurale et ses fascia sont dans un relâchement très-prononcé auquel on ajoute encore, en portant une des cuisses, fléchie, au-devant de celle du côté opposé.

Une fois que le corps est dans la position horizontale, que les cuisses sont fléchies et les genoux ramenés en dedans, le chirurgien doit se pencher sur le malade; et, appliquant ses deux pouces sur la surface de la tumeur, il doit exercer une pression douce directement en arrière, essayant en quelque sorte, plutôt d'enfoncer la tumeur dans la cuisse que de la diriger vers l'abdomen. Lorsque cette pression a été soutenue sans aucune interruption pendant quelques minutes et jusqu'à ce que la tumeur ait été déprimée en bas au niveau de l'arcade crurale, l'on doit diriger la hernie vers l'abdomen, où elle pourra dès lors effectuer sa rentrée.

Je suis convaincu que la plupart des difficultés qu'on éprouve à réduire la hernie crurale dépendent de la mauvaise direction donnée aux efforts. Si, en effet, on dirige de prime abord la tumeur vers l'abdomen, elle se réfléchit sur l'arcade crurale, au lieu de passer au-dessous d'elle, et, dans cet état des choses, les efforts les plus énergiques ne peuvent rien pour la réduction; le seul résultat qu'ils puissent amener, c'est la rupture de l'intestin.

Il importe, dans la réduction de la hernie crurale, d'apporter les mêmes précautions que celles qui ont été indiquées à l'occasion de la hernie inguinale. Ainsi, quand la position du malade et la direction des efforts sont méthodiques, la réduction doit être tentée par une pression long-temps continuée, pourvu que cette pression soit douce et que l'on ait l'attention d'éviter toute violence qui, loin de favoriser en rien les tentatives, pourrait amener des conséquences très-fâcheuses; j'en ai cité des exemples nombreux pour la hernie inguinale, et j'en ai vu de même plusieurs dans les cas de hernie crurale.

Un bandage à ressort est le seul moyen de prévenir les dangers auxquels expose la hernie crurale. Les préceptes déjà exposés pour l'application du bandage dans la hernie inguinale sont, à peu de différence près, les mêmes que pour la hernie crurale. Quand la tumeur est petite, on peut employer exactement le même bandage que pour la hernie inguinale; mais la pelotte doit être appliquée un peu plus bas que dans cette dernière.

Si le bandage inguinal ordinaire peut suffire dans les cas de hernies crurales petites, il devient insuffisant, et l'on est obligé de recourir à un autre bandage, lorsque la hernie est volumineuse, parce que l'orifice du sac herniaire a proportionnellement plus d'étendue.

La distance comprise entre l'anneau crural et l'anneau abdominal est juste d'un pouce; d'un autre côté, entre l'anneau inguinal et le centre de l'anneau crural, la distance est d'environ un pouce; et enfin l'anneau crural est à un demi-pouce ou trois quarts de pouce au-dessous d'une ligne qui, du centre de l'anneau abdominal, aboutirait au centre de l'anneau inguinal. Il est donc nécessaire de faire porter la pelotte du bandage d'un demi-pouce à trois quarts de pouce plus bas que dans la hernie inguinale, de manière à ce qu'elle exerce une pression sur la partie supérieure de la cuisse. Pour atteindre ce but, on doit préférer une pelotte un peu coudée en bas, et ne confondant pas sa direction avec celle du ressort, ainsi que cela a presque lieu dans le bandage inguinal. Disposée ainsi, la pelotte pourra reposer dans le creux de la partie supérieure de la cuisse, en dehors de l'épine pubienne; et, comme elle portera sur l'arcade crurale, les

mouvemens de la cuisse n'auront pas de tendance à déplacer le bandage construit de cette manière. Or, il faut remarquer que le déplacement du bandage a constamment lieu dans les exercices violens, toutes les fois qu'on veut, pour contenir une hernie crurale volumineuse, se servir d'un bandage inguinal amené en bas.

Un bandage ainsi construit, et porté constamment, empêchera le retour de la hernie et pourra finir, avec le temps, par oblitérer entièrement l'orifice du sac. Mais je dois convenir que d'après mes observations, ce résultat s'obtient plus rarement dans la hernie crurale que dans l'inguinale. J'ai vu, en effet, des personnes chez lesquelles après qu'un bandage eut été porté pendant un temps considérable, la hernie se reproduisait cependant avec très-peu de diminution dans son volume, aussitôt que le bandage était mis de côté. Ces différences tiennent, je le crois, à ce que lorsqu'une hernie crurale s'est une fois formée, et que l'anneau crural a été dilaté par suite de la formation de cette hernie, le trajet, à partir de l'abdomen, regarde directement en bas pendant la station, et la pression des viscères contenus dans l'abdomen est toujours plus forte et plus directe, alors même que la pression de la pelotte s'exerce avec le plus de force. Dans la hernie inguinale, au contraire, la partie supérieure du sac ayant une direction oblique, la pression des viscères abdominaux tend à appliquer l'une contre l'autre les parois de la portion de canal comprise entre les deux anneaux, d'où il résulte que le sac tend à revenir sur lui-même aussi long-temps que le canal qui y conduit a conservé cette obliquité. Une autre raison de la rareté comparative de la guérison radicale dans la hernie crurale, à la suite de l'application des bandages, c'est la variation continue de tension de l'arcade crurale à chaque mouvement du corps, différences de tension qui doivent aussi constamment faire varier le degré de pression du bandage et détruire cette uniformité d'action que l'on peut regarder comme nécessaire pour l'oblitération graduelle de l'ouverture de communication avec le sac (1).

Que cette explication soit ou non la véritable, il n'en reste pas moins que la hernie crurale est plus susceptible de réparer; aussi le bandage doit-il être constamment gardé nuit et jour, et cela pendant quelques années, avant

qu'on puisse le quitter sans imprudence, pour essayer le résultat de son action.

Pour prendre la mesure d'un bandage destiné à contenir la hernie crurale, on fait coucher le malade sur le dos, et la hernie étant réduite on applique le doigt sur l'orifice du sac herniaire; on engage alors le malade à se relever; si la hernie ne reparait pas, on porte un ruban de fil, de dessous le doigt placé sur l'orifice du sac, autour du bassin, en le faisant passer à distance égale du grand trochanter et de l'épine iliaque, et on le ramène au point d'où l'on est parti. Cette longueur étant donnée à un fabricant exercé, lui suffira pour construire un bandage convenable. L'angle que la pelotte du bandage fait avec le ressort, doit être un peu plus ouvert que l'angle droit, pour les hernies les plus volumineuses, tandis que dans les hernies les plus petites, il doit se rapprocher graduellement de l'angle qui est exigé pour le bandage inguinal.

Quand la hernie crurale se prolonge beaucoup en bas parallèlement à la cuisse, au lieu de remonter en haut vers l'arcade crurale, cela tient à ce que l'ouverture latérale de la gaine des vaisseaux a beaucoup d'étendue. C'est une circonstance dans laquelle il est très-difficile de maintenir les intestins dans l'abdomen. En pareil cas, il convient de faire choix d'un bandage dont la pelotte soit très-longue et dont le ressort ait beaucoup de force. Il sera en outre utile d'ajouter à l'appareil une lanière qui, de la partie inférieure de la pelotte, s'étende autour de la partie supérieure de la cuisse, afin de prévenir le déplacement de la pelotte vers la partie supérieure.

Un Écossais nommé Hinchliffe m'a dernièrement montré un bandage dont le ressort est formé par de la baleine. Si l'élasticité de cette substance ne s'altère point à la chaleur du corps ou par le changement de climat, ce sera une grande amélioration dans la construction des bandages, car l'acier se rouille et peut éclater dans des circonstances où il est impossible de remplacer tout de suite un bandage. Quant aux variétés de forme des bandages, les plus simples sont les meilleurs, 1° parce qu'ils contiennent mieux la hernie réduite, 2° parce qu'ils sont moins difficiles à réparer, et que, dans le temps nécessaire à la réparation d'un bandage compliqué, le malade reste exposé aux dangers de l'étranglement.

(1) La hernie crurale, lorsqu'elle est volumineuse, est bien rarement susceptible de guérison, à raison des difficultés qu'on éprouve à faire porter une compression sur l'ouverture supérieure du canal crural, c'est-à-dire, sur l'ouverture à travers laquelle la hernie sort de l'abdomen. L'anneau crural est inaccessible à la compression, il est immédiatement subjacent au ligament de Poupart, qui s'oppose d'une manière puissante à ce que la pression du bandage détermine l'adhérence des parois du collet du sac. La seule époque à laquelle puisse être obtenue une cure radicale, c'est peut-être lorsque le sac est encore peu considérable et qu'il peut être refoulé dans l'abdomen. Dans la hernie crurale, le sac, tant qu'il n'est pas volumineux, adhère si lâchement aux parties environnantes, que pendant un temps considérable il peut rentrer dans la cavité abdominale. Il peut arriver souvent que dans les dissections, le sac d'une hernie crurale échappe à la vue, à raison de la mobilité dont il jouit dans la position qu'il occupe, mobilité qui lui permet d'être retiré par l'intérieur de l'abdomen.

Il n'y a aucune difficulté à appliquer un bandage convenable une fois qu'on a bien reconnu la position précise de l'ouverture herniaire.

HERNIE CRURALE IRRÉDUCTIBLE.

Trois causes doivent, selon moi, rendre la hernie crurale irréductible. La première est la formation d'adhérences entre l'épiploon ou l'intestin, et la surface interne du sac herniaire. La deuxième est l'accroissement de volume des parties déplacées, accroissement qui s'oppose à leur rentrée dans l'abdomen; la troisième enfin, un resserrement partiel dans un point du sac herniaire.

Relativement à la première cause, je dois faire remarquer que j'ai très-rarement observé l'adhérence de l'intestin et que je ne la crois pas aussi commune dans la hernie crurale que dans la hernie inguinale. Néanmoins, j'ai rencontré deux fois cette adhérence dans des cas pour lesquels l'opération avait été faite. Dans le premier, les adhérences étaient dues à une lymphé récemment épanchée; elles furent facilement détruites; dans la deuxième, elles étaient anciennes et formaient une lame membraneuse, ferme, qui nécessita l'emploi du bistouri. J'ai aussi rencontré sur un cadavre un cas d'adhérence très-forte de l'intestin à la surface interne du sac. L'adhérence était tellement complète dans ce cas, qu'elle ne laissait entre l'intestin et la surface interne du sac aucun espace intermédiaire.

Souvent on trouve l'épiploon adhérent au sac; mais c'est une circonstance peu importante dans l'opération, tandis que l'adhérence de l'intestin ajoute beaucoup aux difficultés de l'opération et à ses dangers.

Quelquefois l'adhérence de l'intestin à la surface interne du sac est le résultat d'une ulcération. En voici un exemple :

Observation 269^e, communiquée par M. John Kent. — Madame B., bouchère, portait depuis 30 ans une hernie crurale à droite. Lorsque M. Kent fut appelé près d'elle, elle éprouvait des symptômes qui annonçaient une affection abdominale, et elle fit mention, sans y attacher d'importance, d'une tumeur qu'elle avait à l'aîne droite. En examinant cette tumeur, on la trouva ulcérée dans une étendue d'environ un shilling; des matières fécales passaient fréquemment à travers cet orifice; toutefois le passage des matières par l'anus se faisait encore en partie. Elle souffrit long-temps de cette maladie et enfin mourut hydropique.

L'accroissement de volume, deuxième cause d'irréductibilité survient par suite de ce qu'on a négligé de porter un bandage, de telle sorte que l'épiploon qui est resté long-temps dans un état de non réduction, participant au développement général de l'individu, dilate le sac de toutes parts et acquiert enfin un volume tel

qu'il ne peut plus repasser par la petite ouverture à travers laquelle il était descendu dans le principe.

En pareil cas, il est bien important que la hernie soit comprimée, de manière à prévenir son accroissement. Dans plusieurs cas, j'ai eu la satisfaction d'observer que par l'emploi de ce moyen, l'accroissement ultérieur du volume de la hernie avait été complètement prévenu, et que, même sous l'influence de la compression prolongée, il s'était produit dans les organes déplacés une résorption graduelle qui non seulement s'était opposée à l'accroissement fâcheux de la tumeur, mais qui l'avait même fait entièrement disparaître. Du reste, on ne doit recourir à l'emploi de ce moyen qu'après qu'on a réduit l'intestin avec le plus grand soin.

Observation 270^e. — M. Gasely me pria de voir avec lui un homme qui avait depuis long-temps une hernie crurale irréductible. J'essayai la réduction; mais ce fut sans succès. Alors je lui prescrivis l'application du bandage employé ordinairement dans cette hernie; mais avec cette modification que la pelotte était concave de manière à embrasser la surface de la tumeur. Sous l'influence de la compression exercée par ce bandage, la tumeur diminua très-rapidement, cessa d'être incommode, et finit par disparaître complètement au bout de quelques semaines.

Le motif qui me porte à préférer au bandage ordinaire un bandage à pelotte concave, c'est que les malades le supportent mieux et que son usage peut être soutenu sans douleur aussi long-temps que cela est nécessaire.

Mais si l'intestin est renfermé dans la hernie, la pression d'un bandage, alors même qu'il serait construit de cette manière, ne pourrait être supportée dans les cas de hernie crurale. Appliqué sur une enterocèle crurale, chez une dame que je voyais avec M. Pugh, le bandage détermina des douleurs telles que je fus obligé d'en suspendre l'usage au bout de quelques jours.

La troisième cause d'irréductibilité est la formation d'un resserrement partiel du sac herniaire. J'en possède un exemple. C'est une hernie volumineuse dans laquelle le resserrement siège à un pouce au-dessous de l'orifice du sac. Ce resserrement a été produit par la pression du rebord falciforme du fascia lata. Mais généralement on le trouve à l'orifice du sac et il s'observe beaucoup plus fréquemment dans la hernie crurale que dans la hernie inguinale.

TRAITEMENT DE LA Hernie CRURALE.

Les symptômes de l'étranglement sont, dans la hernie crurale, les mêmes que dans la hernie inguinale; il en est de même en général pour les causes.

L'étranglement peut siéger dans trois endroits différens : d'abord dans la gaine crurale et au bord falciforme du fascia lata.

2^o Au bord postérieur de l'arcade crurale.

3^o A l'orifice du sac.

Dans le premier cas, on trouvera que la portion de gaine crurale située au-dessous de l'arcade crurale forme une forte bande circulaire qui entoure le sac herniaire.

Lorsque le sac est sorti de la gaine, chez l'homme, on trouve que l'ouverture à travers laquelle il a passé, est formée par deux fortes colonnes de fascia, l'une passant au-dessus, l'autre au-dessous du sac, et s'unissant au dedans à l'attache postérieure du grand oblique sur le ligament du pubis, et en dehors à cette partie de la gaine qui recouvre la veine crurale. Chez la femme, ces piliers sont moins forts, cependant une portion de la gaine entoure aussi le sac. Si la hernie est volumineuse, elle atteint le bord semi-lunaire du fascia lata, et c'est par lui qu'elle est comprimée.

Le second siège de l'étranglement, celui où doit porter le débridement dans les hernies crurales volumineuses, c'est le bord postérieur du grand oblique et le fascia transversalis, qui passent au-devant de l'orifice du sac, s'étendent en dedans pour s'insérer au pubis, et forment aussi la limite interne du sac dans ce lieu, pendant qu'un petit prolongement de fascia à la partie interne de la veine, forme sa limite externe. Il y a donc un double siège de l'étranglement, l'un dans les bords de l'ouverture de la gaine crurale, et un autre à environ un demi-pouce au-dessous, formé par le bord postérieur du grand oblique, dans le lieu où il s'unit au fascia transversalis.

Enfin, l'orifice du sac peut être le siège de l'étranglement.

Cet orifice est généralement petit, eu égard au volume du sac herniaire; et, comme il éprouve de la part du bord postérieur de l'arcade crurale une forte pression, il devient le siège d'une inflammation chronique qui épaissit beaucoup le fascia dans lequel il est renfermé. Quand on enlève le sac avec le fascia dans lequel il est contenu, on trouve que son orifice présente une substance dense et compacte qui résiste solidement aux tentatives faites pour le dilater.

Le bord antérieur de l'arcade crurale ne saurait être cause de l'étranglement et ne doit jamais être divisé, excepté peut-être dans le cas de hernie très-volumineuse.

La facilité avec laquelle la hernie crurale peut devenir la cause de symptômes d'étranglement, fait au médecin, plus encore que dans la hernie

inguinale, un devoir, quand il est appelé pour des symptômes d'iléus, de rechercher s'il n'y a point quelque tumeur dans l'aîne ou à la partie supérieure de la cuisse. Car, dans la hernie crurale, la tumeur est plus petite et moins prominente que dans la hernie inguinale, et peut être méconnue plus facilement. Ces tumeurs sont quelquefois si petites, que ce n'est pas sans hésitation que le chirurgien se détermine à opérer. Car lorsqu'elles sont peu volumineuses, elles sont généralement recouvertes par des ganglions lymphatiques et sont tellement difficiles à distinguer, que j'avoue avoir plus d'une fois commencé l'opération avec de grands doutes sur la nature de la tumeur, et que je considérais en grande partie l'opération comme un moyen d'assurer le diagnostic. J'ai déjà deux exemples dans lesquels la maladie avait entièrement échappé aux investigations, et un autre où le caractère de la tumeur avait été méconnu. Ceux qui douteraient de la possibilité de ces méprises peuvent lire le cas rapporté par M. Else dans les *Medical Observations and inquiries*, t. 10, p. 355. On doit aussi ajouter que le malade lui-même quelquefois ne se doute pas de l'existence de la maladie et ignore complètement que c'est à elle que sont dus les accidens qu'il éprouve.

Le traitement de cette hernie, quand elle est étranglée, ne diffère que peu de celui que réclame la hernie inguinale. Le procédé de réduction diffère, ainsi que je l'ai déjà expliqué; mais les moyens généraux ne diffèrent en rien et consistent dans la saignée, l'opium, le bain chaud, les applications réfrigérentes et les lavemens de tabac. Mais, autant que j'en puis juger d'après mes propres observations, ces moyens sont moins souvent efficaces dans cette hernie que dans la hernie inguinale, ce qui tient probablement à deux causes, savoir, la nature des parties à travers lesquelles la hernie descend, et l'étroitesse de l'ouverture qui forme le collet du sac. Dans la hernie inguinale, les parties sont en rapport si intime avec des muscles, que tout relâchement qui porte sur ceux-ci se fait sentir dans l'ouverture par laquelle la hernie a passé. Mais dans la hernie crurale, l'étranglement a son siège dans des parties moins directement influencées par l'action des muscles, et le relâchement général n'a sur elle que peu d'effets. C'est à cette double cause que l'on peut attribuer l'insuccès des moyens généraux pour la réduction. Le froid néanmoins, agissant sur les parties contenues dans la tumeur, doit être tout aussi efficace pour diminuer leur volume que dans la hernie inguinale.

J'ai vu avec M. Newington un malade, nommé Jacob Stokes, qui avait depuis quelque temps une hernie crurale réductible qui s'étrangla par suite d'un violent effort. M. Newington fit appliquer sans relâche sur la tumeur des com-