

contre-indications existent dans les deux sexes; les mêmes méthodes opératoires sont aussi applicables, mais la cure radicale est bien plus facile chez la femme, parce qu'on peut, sans arrière-pensée, sacrifier le pendant du cordon spermatique, si gênant chez l'homme, le ligament rond antérieur; et, en le fixant dans la suture de l'éventration inguinale, on peut supprimer celle-ci facilement et définitivement, sans compromettre la statique de l'utérus.

HERNIES CRURALES (1)

Les hernies crurales sont celles qui se font dans le triangle de Scarpa, à la partie supéro-interne de la cuisse, à travers l'anneau crural, c'est-à-dire entre la branche horizontale du pubis et le ligament de Poupart.

Connues autrefois sous le nom de *mérocèles*, elles durent la précision de leurs rapports, avec les vaisseaux fémoraux à Barbette et Verheyen; avec les autres éléments de l'anneau crural à Cooper, Scarpa, J. Cloquet, Malgaigne et Gosselin.

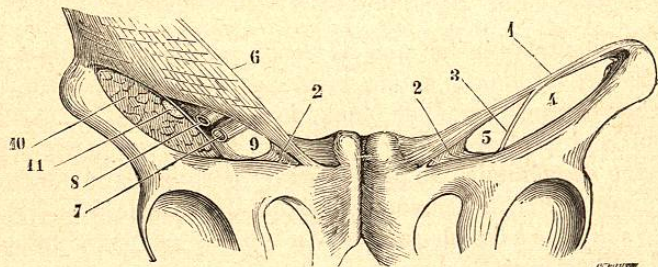


Fig. 89. — Canal crural. — 1, arcade crurale; 2, ligament de Gimbernat; 3, fascia iliaca; 4, ouverture pour le passage des vaisseaux fémoraux; 5, veine fémorale; 6, aponévrose du grand iliaque; 7, veine crurale; 8, artère crurale; 9, anneau crural; 10, psoas; 11, nerf crural.

L'orifice qui leur livre passage est formé par la partie la plus interne de l'anneau crural, qui est fermée par la lame celluleuse dite septum crural; il est donc en rapport en dedans avec le bord concave du ligament de Gimbernat, en dehors avec la veine fémorale et la gaine vasculaire, en avant avec le ligament de Poupart, en arrière avec le bord antérieur du pubis (fig. 89). Lorsque la hernie a franchi

(1) GOSSELIN (L.), *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1872, t. X, art. CRURALE. Indic. bibliogr. Voy. en outre la bibliogr. de notre art. HERNIE, p. 551. — AFFRE (E.), De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac. Paris, 1876. — LUCAS CHAMPIONNIÈRE (J.), Cure radicale des hernies. Paris, 1887. — REVERDIN, Hernie crurale. Cure radicale. Siège de l'étranglement (*Revue de la Suisse romande*, 1887, t. VII, p. 612. — NICAISE, De l'étranglement de la hernie crurale (*Revue de chir.*, décembre 1889). — GROSS, RÖHMER et VAUTRIN, Nouv. él. de path. et de clin. chir., t. II. Paris, 1893, indic. bibliogr. — BASSINI, *Archiv für klin. Chir.*, 1894, Bd XLVIII, p. 1. — DELAGÈNIÈRE, *Arch. prov. de chir.*, 1896, n° 2. — TUFFIER, *Revue de chir.*, 1896, n° 3.

cet orifice, elle arrive dans l'infundibulum fémoralo-vasculaire de Thompson, espace virtuel ne renfermant que les lymphatiques ascendantes du membre inférieur, et qui devient un canal, le canal crural, lorsque un sac herniaire s'y est insinué: ce canal est limité en avant par le fascia cribriformis, en arrière et en dedans par l'aponévrose du pectiné, en dehors par la veine fémorale. Inférieurement, il répond aux orifices du fascia cribriformis, que la hernie peut encore franchir; après, elle est placée directement sous la peau.

Ainsi existent des degrés dans la hernie crurale; la *pointe*, lorsqu'elle commence à refouler le *septum crural*; la hernie *interstitielle*, qui distend le canal crural; la hernie *complète*, qui s'échappe par un orifice du fascia cribriformis. Celle-ci, d'ailleurs, comporte subdivision en *hernies récentes* et *hernies anciennes*; à cause de la différence de la constitution du trajet dans les deux cas, les premières ont un trajet, le canal crural, un orifice supérieur, l'anneau crural, un orifice inférieur, leur ouverture du *fascia cribriformis*; les secondes n'offrent qu'un seul orifice, par suite de l'usure du fascia cribriformis, dont l'ouverture se confond avec l'anneau crural lui-même.

Une fois en dehors de ce fascia, la hernie complète peut se porter en différents sens; elle grossit sur place, elle se porte, en bas, du côté de la saphène interne et vers la région des adducteurs, ou bien elle se recourbe de bas en haut et revient vers l'arcade crurale; enfin elle peut descendre, en grossissant d'une façon considérable sur la face antéro-interne de la cuisse et jusque vers la région du genou (Delore) (1).

La hernie crurale est en rapport avec des vaisseaux importants; d'abord des veines: la veine fémorale, qui est sur son côté externe; la veine saphène interne qui vient par son embouchure se placer en avant et en dehors d'elle; puis des artères: ce sont l'épigastrique et l'obturatrice, qui, par leurs anomalies, peuvent quelquefois, dans une cure radicale ou une kélotomie, exposer à des hémorragies redoutables; normalement situées, ces deux artères sont réunies l'une à l'autre par un rameau anastomotique qui descend sur la face profonde du ligament de Gimbernat; ce rameau peut devenir une véritable artère, et cela existe lorsqu'il représente une anomalie d'origine, l'obturatrice venant, par exemple, de l'épigastrique ou de l'iliaque externe, ou bien l'épigastrique étant fournie par l'obturatrice. Sans compter encore que l'épigastrique peut naître de la fémorale et contourner alors le collet de la hernie sur son côté externe.

Constitution de la hernie. — Le sac vient du péritoine, qui se double du septum crural et du tissu cellulaire ambiant, ainsi que souvent de véritables enveloppes lipomateuses dont on peut dédoubler deux ou trois assises; il n'est même pas rare, et nous en avons vu, de ren-

(1) DELORE, *Gaz. hebdom.*, 1898.

contrer de véritables kystes surajoutés, des hygromas péri-herniaires.

Peut-on distinguer, pour la hernie crurale comme pour la hernie inguinale, une forme *acquise* et une forme *congénitale*? Je crois à la hernie crurale congénitale. Il y a d'abord des enfants très jeunes de quatre ans, de dix ans, qui ont été opérés pour des hernies crurales. On trouve quelquefois de véritables diaphragmes dans leurs sacs, comme ceux des sacs vagino-péritonéaux, et nous avons représenté l'un d'eux à propos du mécanisme de l'étranglement par le resserrement et l'invagination du collet (Voy. p. 592: ÉTRANGLEMENT, *Mécanisme*). Enfin, on y trouve souvent des ectopies des glandes génitales qui remontent à la première enfance et correspondent aux ectopies testiculaires ou ovariennes inguinales.

Mais il est incontestable que la hernie crurale est le plus fréquemment acquise; elle résulte de la propulsion au dehors du péritoine tapissant normalement la face postérieure de l'orifice supérieur de l'anneau crural.

C'est l'intestin grêle et l'épiploon qui sont le plus souvent contenus, et encore l'intestin grêle n'engage-t-il d'ordinaire qu'une partie d'une anse, qui y est pincée latéralement si l'étranglement se produit. L'épiploon paraît, d'ailleurs, précéder d'habitude l'intestin, et avant qu'on observe une entéroccèle, laquelle d'ailleurs, lorsqu'elle se produit, s'étrangle régulièrement, on a eu affaire à une épiplocèle. Cette épiplocèle s'est ou non enflammée; souvent on la trouve fixée à une partie de la face interne du sac. Mais celui-ci peut aussi être déshabité, et subir, sans qu'il ait jamais contenu ni épiploon, ni intestin, des fluctuations de volume, se gonflant et se resserrant, au gré probablement de phénomènes irritatifs intra-péritonéaux, fréquents chez la femme et d'origine annexielle. Ces sacs, lorsqu'on les excise, montrent une surface interne congestionnée et enflammée, preuve de la continuité à leur intérieur d'une inflammation née plus haut. Ils peuvent enfin s'isoler définitivement du péritoine, former des poches closes, qu'il est possible d'extirper comme des tumeurs, sans se préoccuper du contenu, qui ne saurait venir du ventre.

Variétés rares de hernies crurales. — Il existe des variétés qui sont rares au point de vue du contenu, d'autres qui le sont au point de vue du siège.

a. AU POINT DE VUE DU CONTENU. — Le cæcum, son appendice et le gros intestin ont été vus dans des hernies crurales (1). Méricot de Treigny, en rapporte quelques exemples. Krönlein (1893) a vu cette portion s'étrangler. M. Pollosson a observé des hernies étran-

(1) MÉRIGOT DE TREIGNY, thèse de Paris, 1887, n° 143. Bibliographie. — POLLOSSON, *Lyon méd.*, 1893. — VIDAL (de Cassis), *Pathol. externe*, t. IV. — SKEY, *Med. Times and Gazette*, 1862, vol. I, p. 296.

glées contenant l'appendice iléo-cæcal seul, dont le diagnostic était impossible et qui furent opérées comme à l'ordinaire, mais en y ajoutant la résection de l'appendice vermiforme. Nous-même en avons opéré.

La vessie, comme nous le verrons p. 823, a été quelquefois rencontrée, mais moins souvent qu'à la région inguinale.

De même pour l'ovaire, la trompe et l'utérus, qui font ici plus fréquemment des hernies acquises que congénitales, et que l'on a l'occasion de trouver, au cours d'une kélotomie pour entéroccèle étranglée, comme nous, par exemple, sur la face interne de l'intestin.

Le testicule a été vu à la région crurale par Arnaud, Vidal (de Cassis).

Il existe un cas de hernie crurale de la vésicule biliaire; il est dû à Skey à St Bartholomews Hospital. Cet auteur l'attribue à l'abus du corset, qui avait abaissé le foie vers la fosse iliaque; il y eut là les signes d'un véritable étranglement.

b. AU POINT DE VUE DU SIÈGE.

1° Hernie crurale externe. — Elle a été observée par Arnaud, Demeaux, Velpeau, Patridge et P. Berger. Elle refoule le péritoine en dehors des vaisseaux épigastriques, au-dessous de la fossette inguinale. Elle s'associe à une hernie inguinale du même côté. Aussi Berger donne-t-il à cette association de hernies le nom de *distension de l'aine*. Elle s'engage, dit-il, dans l'anneau crural en avant et quelquefois en dehors de l'artère iliaque externe, et elle s'étale dans le triangle de Scarpa en avant des vaisseaux fémoraux.

2° Hernie à travers le ligament de Gimbernat (hernie de Laugier). — Comme son nom l'indique, elle traverse le ligament de Gimbernat, dont le bord la sépare de l'anneau crural et de la veine fémorale, en se plaçant tantôt en dedans, tantôt en dehors du rameau de l'artère ombilicale et se dirige en dedans.

3° Hernie pectinéale (J. Cloquet). — Cette hernie, située d'abord dans le canal crural, perforerait l'aponévrose pectinéale et se logerait entre celle-ci et le muscle qu'elle recouvre, simulant ainsi une hernie obturatrice.

4° Hernies en bissac. — Il en est de plusieurs catégories: celle de Hesselbach comprend plusieurs prolongements traversant des orifices distincts du fascia cribriformis; celle de A. Cooper offre un diverticule sous le fascia cribriformis, un autre sous la peau, au travers d'un orifice de ce fascia; celle enfin de Hilton Golding Bird, se compose d'un sac ordinaire qui envoie dans la grande lèvre voisine, un diverticule gros comme le doigt.

5° Il faut rappeler que, ici, comme dans la région inguinale, il peut exister des *sacs diverticulaires intra-abdominaux*, c'est-à-dire des sacs cruro-propéritonéaux; il s'agit vraisemblablement de malformations congénitales du péritoine voisin de la région du pli de l'aîne.

6° Enfin, nous avons rencontré la *hernie à double sac* deux fois à la région crurale, où elle était inconnue. Une fois, chez une femme de trente-cinq ans, deux sacs étaient invaginés et soudés l'un à l'autre vers l'orifice supérieur; le sac interne était rempli de liquide et communiquait avec le péritoine; il devait s'agir d'un vieux canal herniaire, probablement congénital, qui s'était oblitéré, et la partie supérieure de ce sac avait été refoulée en doigt de gant. Une autre fois, dans l'intérieur d'un sac herniaire plein de liquide rougeâtre, était une anse intestinale étranglée; mais elle était séparée du reste du sac, à peu près au milieu de celui-ci, par un diaphragme mince, transparent, qui était sans doute d'origine inflammatoire. Dans ce dernier cas, la théorie du refoulement d'adhérences appliquée par Gosselin à la variété inguinale était vraie. Pour le premier, il faut admettre l'explication que nous avons donnée p. 684.

Étiologie. — **FRÉQUENCE.** — Examinons la fréquence de ces hernies d'abord chez l'homme, ensuite chez la femme.

D'après nos chiffres, elle atteint 15,38 p. 100 des hommes atteints de hernies.

Le relevé de la totalité des cas de hernies crurales notés dans notre statistique, établie en 1896 et confiée à Perriollat (1), donne, pour le sexe masculin : hernies crurales simples 16, doubles 3, associées à une hernie inguinale du côté opposé, 2. Ainsi, sur 108 adolescents ou adultes, 24, soit 22,23 p. 100, portent des hernies crurales simples ou associées à d'autres hernies. Cette proportion est plus de trois fois supérieure à celle de Berger, qui n'admet que 6,6 p. 100. De plus, celui-ci admet que les hernies multiples sont la règle et les hernies uniques l'exception, ce qui est contraire à ce que nous avons observé. Il est vrai que notre statistique ne contient que des cas opérés, et la plupart pour des étranglements.

Les chiffres des statistiques anglaises se rapprochent des nôtres.

Relativement au côté atteint, tout le monde est d'accord que le côté droit l'emporte sur le côté gauche, dans la proportion de 1,45 à 1 (Berger), de 1,75 à 1 (statistique personnelle).

Et ce sont les hernies de moyenne ou de petite dimension qui l'emportent en fréquence sur les grosses. De plus, quand la hernie est double, c'est à droite qu'elle est, d'habitude, la plus volumineuse.

Chez la *femme*, d'après nos chiffres, la hernie crurale représente

(1) A. PERRIOLLAT, Siège, volume et fréquence des hernies suivant les sexes et suivant les âges, thèse de Lyon, 1896, n° 1185.

60,88 p. 100 des hernies de ce sexe, proportion double de celle indiquée à Paris, qui n'est que 33 p. 100. Les hernies crurales simples sont plus fréquentes que les doubles, et elles existent plus souvent à droite qu'à gauche; les hernies petites ou moyennes sont plus nombreuses que les grosses.

Enfin toutes les statistiques (Nivet, Cloquet, Société des bandages de Londres (1), accusent une énorme prédominance de la hernie crurale sur la hernie inguinale chez la femme, ce qui est le contraire chez l'homme. Ce n'est pas que le rapport n'ait pas considérablement varié suivant les chirurgiens; mais cela tient à ce que les uns ne parlent que des cas opérés par eux, et que les autres parlent de malades observés sans intervention.

On peut noter la coexistence uni ou bilatérale d'une hernie inguinale et crurale siégeant du même côté; Berger, qui appelle cette coïncidence la distension de l'aîne, l'a rencontrée 207 fois chez l'homme, 19 fois chez la femme.

La hernie crurale est surtout une hernie de l'âge adulte et de l'âge avancé. Ce n'est que rarement qu'on l'opère ou la rencontre avant la quinzième et la vingtième année. Les grossesses, les accouchements favorisent son développement. Chez l'homme, elle est surtout une hernie de faiblesse. C'est ordinairement après une période d'amaigrissement que, soit spontanément, soit sous l'influence d'un effort, elle fait irruption au dehors.

On a remarqué que, dans nos relevés statistiques, 15,38 p. 100 d'hommes hernieux portaient des hernies crurales, tandis que, chez la femme, la même proportion était de 60,88 p. 100. C'est donc dire que, la hernie crurale est plus fréquente chez la femme que les autres hernies, et aussi plus fréquente chez elle que chez l'homme, nous ne saurions admettre que la hernie inguinale soit plus fréquente que la crurale dans le sexe féminin.

Symptômes. — La hernie crurale forme une tumeur à la partie supéro-interne du triangle de Scarpa, en dedans des battements de l'artère fémorale; elle est au-dessous de la ligne qui réunit l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. Sa consistance est molle, sa forme ovoïde, le plus souvent elle se réduit en partie sinon en totalité dans le ventre; alors il est possible de sentir l'orifice de pénétration et de bien préciser son siège au-dessous de l'arcade fémorale, en dehors de l'artère. Mais elle peut passer inaperçue, et, chez une femme grasse, il peut être difficile, pour peu que la tumeur soit petite et récente, de la reconnaître à coup sûr et de la distinguer d'un ganglion, tant elle est peu saillante et enfouie d'autre part sous des couches multiples qui en masquent les contours.

(1) NIVET, *Gazette médicale de Paris*, 1837; CLOQUET, Société de bandages de Londres.

Les symptômes fonctionnels n'ont rien qui soit pathognomonique ; c'est une sensation pénible à la racine de la cuisse, qui quelquefois est gênée pour s'étendre, mais cela se voit dans d'autres affections de cette région. Le gargouillement, quand il existe, et la réductibilité de la tumeur dont il s'accompagne, est un signe caractéristique ; mais il est loin d'être constant. Il en est de même pour le gonflement et la propulsion sous l'influence de l'effort.

Diagnostic. — Le diagnostic comporte la solution des questions suivantes : 1° s'agit-il d'une hernie ? 2° si l'on est en présence d'une hernie, est-elle bien crurale ?

1° Plusieurs affections du pli de l'aîne peuvent simuler une hernie ; des lipomes accompagnent parfois les sacs herniaires, ou plutôt ils les précèdent dans leur descente ; ils font pour ainsi dire partie de l'enveloppe herniaire, on pourrait les prendre pour des sacs épais et déshabités, des kystes sacculaires, ou encore des épiplocèles adhérentes. Le mal ne serait pas grand en pratique, parce que l'intervention est la même pour ces différentes affections, qui se rattachent par des liens étroits à l'évolution de la hernie crurale. Mais il y a souvent des adénopathies du ganglion de J. Cloquet, c'est-à-dire de ce ganglion qui occupe précisément la partie interne de l'anneau crural, qui peuvent à une certaine période de leur évolution, au début, en imposer pour la hernie.

Elles peuvent avoir pour cause une écorchure dans la sphère génitale ou du côté de l'anus, ou encore dans le membre inférieur, et survenant brusquement, s'accompagnant de douleurs, et de gêne, elles peuvent en imposer pour une autre affection. L'interrogatoire pourra mettre sur la voie, mais surtout l'examen local fera sentir s'il s'agit d'une hernie : un pédicule s'enfonçant sous l'arcade crurale ; d'ailleurs la coexistence des deux affections n'est pas impossible, et l'une peut devenir la cause de l'autre.

Une hernie qui présente les phénomènes de réductibilité et de propulsion pourrait être confondue avec un abcès par congestion passant sous l'arcade crurale ; mais la transmission de la fluctuation d'une poche existant dans la cuisse, à une poche située dans le bassin appellerait l'attention sur ces abcès migrants, qui viennent de la colonne vertébrale et ont pour cause un mal de Pott. La distension variqueuse de la veine saphène interne à son embouchure ne saurait prêter à confusion malgré qu'elle se réduise à la pression et qu'elle gonfle par l'effort tout comme la hernie ; elle est plus molle que cette dernière, non pédiculée, sans gargouillement, et ne va pas sans des varices sérieuses du côté du reste de la veine.

2° Mais s'agit-il bien d'une hernie crurale, et n'est-on pas en présence d'une hernie inguinale ? Chez certaines femmes grasses, aux formes effacées et confondues, il peut être difficile de se prononcer d'emblée

pour l'une ou l'autre hypothèse ; chez l'homme dont la hernie inguinale suit le cordon et va vers les bourses ; chez la jeune fille ou la jeune femme dont le pli de l'aîne est bien net et dessiné par sa caractéristique dépression, le doute n'est guère longtemps possible, sauf le cas de grosses hernies.

Il est classique, pour faire ce diagnostic, de prendre le point de repère suivant, que depuis Malgaigne, tout le monde utilise : on trace une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis ; ce qui est au-dessus est à la région inguinale, ce qui est au-dessous, à la région crurale. Mais le corps, le fond d'une hernie crurale peuvent remonter de bas en haut, sous la peau, jusqu'au-dessus de l'arcade de Fallope ; ce point de repère ne servirait donc à rien si l'on s'en tenait à cette simple donnée, des hernies crurales pourraient être dites inguinales, comme réciproquement des hernies inguinales multilobées et à évolution irrégulière, pourraient être placées par leur fond dans la région crurale. C'est le collet, le pédicule de la hernie qu'il faut chercher et dont la situation doit être rapportée à cette ligne ainsi tracée. C'est un bon examen anatomique de la région qui lèvera les doutes ; la reconnaissance du pubis, de l'artère fémorale, du cordon sont les trois points de repère importants à trouver pour les diagnostics de localisation dans les régions inguinale et crurale.

Enfin, quelquefois, une hernie crurale existe, mais elle est réduite temporairement, et le chirurgien ne la trouve pas au moment où il examine ; à sa place se trouve habituellement une dépression ; et puis elle ressort, si l'on a soin de faire tousser ou marcher.

Accidents des hernies crurales. — Le plus redoutable, le véritable accident de la hernie crurale est son *étranglement*. Il arrive dans cette région presque aussi souvent que dans la région inguinale, et, comme la hernie inguinale est plus fréquente que la hernie crurale, on peut dire que l'étranglement est une complication plus fréquente pour cette dernière ; c'est peut-être parce qu'elle est très difficilement maintenue par les bandages, et plutôt parce qu'elle se fait dans une région où existent une arête et un resserrement rigide, le ligament de Gimbernat.

C'est, en effet, par ce ligament que se font presque la totalité des étranglements de ces hernies, ainsi d'ailleurs que nous l'avons dit aux généralités. Nous avons vu une fois un étranglement par le collet, qui céda spontanément ; nous en avons représenté (p. 598) le schéma pour expliquer le mécanisme du resserrement du collet par son invagination sous l'influence d'une poussée venant de l'intestin. Nous ne voulons pas rappeler ici les discussions sur le rôle de l'anneau crural, du fascia cribiformis, qui ont été soutenues par