

La plupart de ces cas se font remarquer par l'absence des phénomènes véritables de l'étranglement. Les pressions exercées sur la tumeur permettent de diminuer son volume, et l'on peut aisément introduire le doigt entre le pédicule de la hernie et l'anneau inguinal : la tumeur en général volumineuse et très-sensible ne présente pas la tension des hernies étranglées. Enfin, s'il existe des vomissements et de la constipation, les premiers ne sont pas constitués par des matières intestinales, et la seconde, qui ne va jamais jusqu'à l'absence complète d'émissions de gaz et de matières par l'anus, est même remplacée parfois par de la diarrhée (obs. de Doyen et de Laborde).

La terminaison fatale, lorsqu'elle doit se produire, est le plus souvent annoncée par la généralisation de la péritonite, d'abord circonscrite au sac herniaire. Quand, au contraire, l'inflammation entre en résolution, la tumeur devient moins sensible et diminue de volume, l'intestin qui y était compris peut être aisément réduit, l'épanchement liquide qui occupait la cavité du sac se résorbe, mais l'épiploon modifié dans sa consistance, dans son volume, et uni par des adhérences récentes à la face interne du sac, demeure le plus souvent irréductible. Il est pourtant des cas où l'intestin lui-même peut rester adhérent.

Lorsque le chirurgien est appelé à traiter une hernie inguinale de volume moyen ou de gros volume qui présente les phénomènes que nous venons de mentionner, si les accidents sont récents, si la péritonite herniaire est modérée, si l'épanchement contenu dans le sac n'est pas trop abondant et si la proportion d'intestin et d'épiploon qui s'y trouve comprise n'est pas trop considérable, il y a tout avantage à pratiquer le taxis et à réduire la hernie.

Si les accidents sont plus anciens, si la tumeur est très-volumineuse et si l'on peut craindre, en réduisant une longueur considérable d'intestin enflammé et une proportion notable de liquide épanché dans le sac, de favoriser la propagation de l'inflammation au péritoine; si l'on soupçonne que la hernie était déjà auparavant le siège d'adhérences, il vaut mieux s'abstenir, et, après s'être rigoureusement assuré qu'il n'y a aucun obstacle absolu au cours des matières et par conséquent pas d'étranglement, on cherchera à combattre l'inflammation herniaire par le repos complet, la position de la tumeur que l'on maintiendra relevée sur le ventre avec un bandage ou un suspensoir, et l'application de cataplasmes ou plutôt encore d'une vessie pleine d'eau glacée. Grâce à ces moyens, on verra le plus souvent les accidents diminuer d'intensité, le volume de la hernie se réduire; quand, au bout de quelques jours, l'on n'aura plus à craindre que la péritonite herniaire se généralise, on devra par des pressions modérées tenter d'opérer la réduction de l'intestin et de l'épiploon compris dans la hernie.

Mais si les viscères herniés résistent à ces manœuvres de taxis et si les adhérences qui résultent de l'inflammation de la hernie menacent en s'organisant de rendre l'irréductibilité définitive, tous les efforts du chi-

urgien doivent être dirigés de façon à prévenir cette conséquence éloignée de la péritonite herniaire. Lors donc que la hernie résiste aux tentatives de réduction, on doit par une compression douce et continue chercher à diminuer le plus possible le volume de la tumeur. La région inguinale se prête assez bien à l'application des bandages qui doivent remplir cette indication. Un simple spica de l'aîne, si la tumeur est peu volumineuse, ou l'enroulement autour du scrotum d'une bande élastique en caoutchouc, ou bien encore une compression ouatée faite avec soin constituera le premier temps du traitement; lorsque, par l'emploi soutenu de ces moyens, la hernie paraîtra moins volumineuse et moins tendue, le chirurgien cherchera et arrivera presque toujours à la réduire par quelques pressions nouvelles exercées avec une force suffisante. La réduction devra être maintenue par l'application et le port constant d'un bandage inguinal.

Toutes les fois qu'une hernie inguinale contenant manifestement de l'intestin devient irréductible et douloureuse, toutes les fois qu'elle présente des phénomènes d'inflammation, alors même que l'examen des symptômes abdominaux a permis, au début des accidents, d'écarter l'idée d'un étranglement, on ne doit pas perdre de vue la possibilité d'un étranglement peu serré d'abord, devenant plus étroit dans la suite, d'un de ces étranglements consécutifs qui aboutissent au même résultat que les étranglements les plus serrés. C'est principalement à propos des hernies inguinales qu'il importe de mettre les médecins en garde contre l'erreur qui consiste à prendre pour une simple inflammation de la hernie un étranglement véritable. Nous n'avons du reste rien à ajouter sur ce point à tout ce que nous avons dit à propos du diagnostic et du traitement de l'étranglement de toutes les variétés de hernies.

§ II. — Hernies crurales.

I. — HERNIES CRURALES RÉDUCTIBLES.

Les hernies crurales ont pour caractère constant de sortir du ventre en passant au-dessous de l'arcade de Fallope, entre ce ligament et le pubis, par l'orifice auquel on a donné le nom d'*anneau crural*, et de venir se présenter à la partie supérieure et interne de la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa.

Désignées plus spécialement sous le nom de *mérocèles* par les auteurs anciens, qui n'avaient qu'une notion très-vague de leur trajet et de leurs rapports, elles furent pour la première fois nettement séparées des hernies inguinales par Verheyen, qui leur assigna comme siège l'endroit où les vaisseaux iliaques arrivent à la cuisse, et qui indiqua la fréquence et la gravité de leur étranglement.

Au point de vue anatomique, les hernies crurales peuvent se distinguer en *hernies communes* et en variétés *insolites, rares* ou *exception-*

nelles. Les hernies communes sont celles qui suivent le trajet connu sous le nom de *canal crural* : les hernies insolites s'en éloignent par leur orifice d'entrée ou par leur point d'émergence à la cuisse. Ces dernières présentent des variétés beaucoup moins nombreuses, elles sont beaucoup moins fréquentes que les variétés anatomiques de la hernie inguinale. La raison de cette uniformité de caractères qu'offre la hernie crurale doit être cherchée dans la brièveté de son trajet, beaucoup plus court que celui de la hernie inguinale, et dans l'absence, à la région qui nous occupe, de hernies congénitales.

P. MANEC, *Sur la hernie crurale*. Paris, 1826. — DEMAUX, *Sur les hernies crurales*, thèse de Paris, 1843. — LEGENDRE, *Sur quelques variétés rares de hernies crurales* (*Comptes rendus et mémoires de la Soc. de biologie*, 1856, p. 86 et suiv). — DESPRÉS, *De la hernie crurale*, thèse de concours, 1863. — BAX, *De l'étranglement des hernies crurales par l'anneau crural*, thèse de Paris, 1869.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. *Hernies crurales ordinaires*. — Le canal crural, qui donne passage à ces hernies, commence en haut, à la partie la plus interne de cet orifice connu sous le nom d'anneau crural, et qui est limité en avant par l'arcade de Fallope, en arrière par la branche

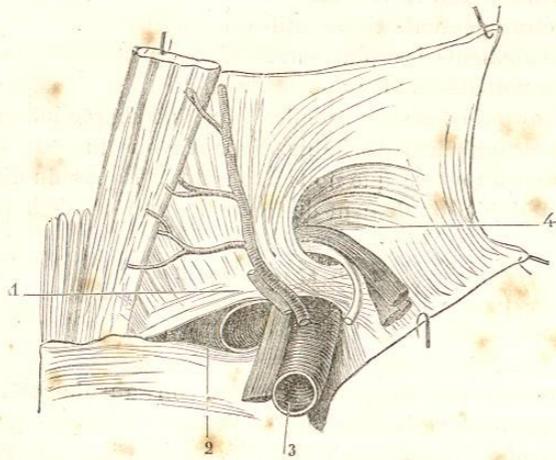


FIG. 34. — Anneau crural.

horizontale du pubis, en dehors par l'expansion que le ligament de Poupart envoie à la gaine aponévrotique du psoas sous le nom de bandelette iléo-pectinée (fig. 34, 1). L'anneau crural ainsi délimité est presque entièrement rempli par les vaisseaux iliaques externes, qui, à ce niveau, prennent le nom de vaisseaux fémoraux. L'artère fémorale, reposant sur l'aponévrose du psoas, en remplit la partie externe, et, à l'état normal, la veine occupe presque toute la moitié interne de cet anneau, au point de se mettre en rapports très-voisins avec le ligament de Gim-

bernat (fig. 34, 2), expansion falciforme à concavité tournée en dehors, qui paraît se détacher de la partie la plus interne de l'arcade de Fallope pour se porter sur la crête pectinée dans l'étendue d'un centimètre environ en dehors de l'épine du pubis, et renforcer le ligament pubien de Cooper. A ce niveau, c'est-à-dire entre le bord concave du ligament de Gimbernat et la veine fémorale, on trouve, même à l'état normal, une très-légère dépression. C'est entre le bord concave du ligament de Gimbernat, situé en dedans, la veine fémorale placée en dehors, la partie interne de l'arcade de Fallope, sous laquelle elle passe, et le pubis recouvert par le ligament pubien de Cooper, sur lequel elle repose, que se fait jour la hernie crurale.

Cette dépression est fermée à l'état normal par une lame celluleuse, dépendance du *fascia propria* ou *fascia sous-péritonéal*, et à laquelle on a donné le nom de *septum cruralé*. Elle est traversée, ainsi que l'avait observé A. Cooper le premier, par les troncs lymphatiques qui viennent du membre inférieur et qui pénètrent dans le bassin; la hernie, refoulant devant elle cette couche cellulaire, pénètre donc dans la partie la plus interne de la gaine vasculaire, que Thompson et Demeaux ont nommée *l'infundibulum femoral-vasculaire*. Celui-ci est constitué par un espace triangulaire, limité en dehors par la veine fémorale, en dedans par l'aponévrose du pectiné, rempli par un tissu cellulaire lâche et traversé par les vaisseaux lymphatiques venant de la cuisse. Il est fermé en avant par un plan aponévrotique, le *fascia crebriformis*, d'apparence celluleuse, représentant comme un tissu à larges mailles, dont chacune renferme un ganglion ou donne passage à un vaisseau lymphatique superficiel.

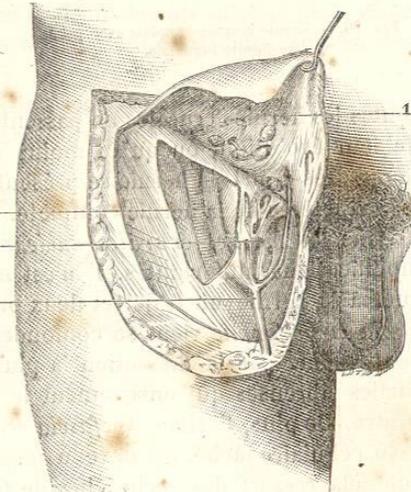


FIG. 35. — Canal crural (*fascia crebriformis*).

Le *fascia crebriformis* représente la continuation de l'aponévrose fémorale au-devant des vaisseaux qu'il recouvre en dehors, et du canal crural dont, à la partie interne et supérieure du triangle de Scarpa, il forme la paroi antérieure. Les nombreux orifices dont il est percé permettent aux lymphatiques superficiels de pénétrer dans l'infundibulum pour arriver à l'anneau crural; ce sont eux aussi qui laissent sortir la hernie crurale qui, dès lors, devient superficielle de profonde qu'elle était.

Des considérations précédentes il résulte : 1° que la hernie crurale traverse l'anneau crural en refoulant le *septum crurale*, entre le ligament de Gimbernat et la veine fémorale; 2° qu'elle s'introduit dans l'infundibulum fémorali-vasculaire en suivant le bord interne de la

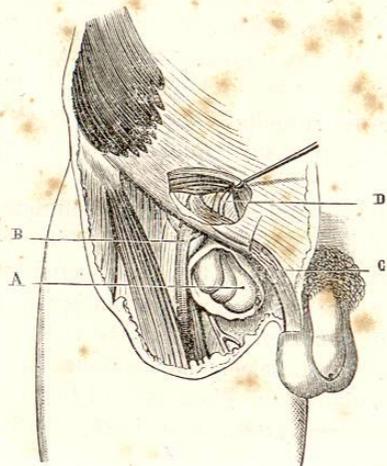


FIG. 36. — Hernie crurale complète avec pointe de hernie inguinale.

veine, en arrière du *fascia crebriformis*; 3° qu'elle traverse ce dernier pour devenir sous-cutanée, en profitant d'un des nombreux orifices dont il est perforé. A ces trois parties du trajet crural correspondent donc pour les hernies récentes, mais pour les hernies récentes seulement, trois degrés d'évolution : la *pointe de hernie*, la hernie *interstitielle* et la hernie *complète*. Sur ces dernières, on peut quelquefois encore distinguer le trajet et ses deux orifices : l'orifice supérieur, orifice d'entrée, constitué par l'anneau crural; l'orifice de sortie, orifice inférieur, creusé dans le *fascia crebriformis*. Il faut ajouter que

toutes les hernies crurales ne passent pas forcément par ces trois stades de leur évolution, ou qu'au moins elles les traversent souvent en un temps très-court, la hernie se présentant, presque dès son origine, avec les caractères de la hernie complète.

Dans les *hernies crurales anciennes*, l'anneau herniaire a subi des modifications importantes. Il n'est en général plus possible de distinguer à la hernie un trajet et deux orifices distincts. L'orifice élargi du *fascia crebriformis* vient se confondre avec l'anneau crural, et l'on ne peut, même par la dissection la plus minutieuse, reconnaître dans les parties fibreuses qui environnent le sac ce qui appartient à l'un ou à l'autre. De plus, l'orifice du *fascia crebriformis*, creusé d'abord dans un tissu cellulaire lâche, est devenu plus consistant et plus rigide, et, ainsi que cela ressort des recherches de Gosselin, il s'est transformé en un véritable tissu fibreux.

L'orifice par lequel s'échappe l'intestin dans la hernie crurale présente des *rappports vasculaires* sur lesquels on ne saurait trop insister. Il est limité immédiatement en dehors par la veine crurale; en haut, il confine à la partie interne de l'arcade de Fallope, et par l'intermédiaire de cette enveloppe fibreuse au ligament rond chez la femme, au cordon spermatique et aux vaisseaux qui entrent dans sa constitution, chez l'homme. L'artère épigastrique, à partir de son origine à l'artère iliaque externe, est située à quelque distance de la partie supérieure et externe

de cet anneau; suivant Astley Cooper, elle ne serait éloignée que de trois quarts de pouce du centre de l'orifice herniaire. Elle envoie presque constamment à l'artère obturatrice un petit rameau très-grêle, qui, descendant en arrière du ligament de Gimbernat, contourne le bord interne de l'anneau crural.

Parmi les anomalies artérielles qui ont été observées au pourtour de l'anneau crural, il faut en citer quelques-unes d'où résulte l'existence de rapports accidentels entre l'orifice herniaire et les artères anormales. Le rameau de communication de l'artère épigastrique et de l'obturatrice peut avoir un calibre assez considérable pour que cette artère sectionnée devienne l'origine d'une hémorrhagie sérieuse.

L'artère épigastrique, lorsqu'elle existe à 2, 3, ou même 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, se dirige plus obliquement vers la ligne médiane, en longeant le bord inférieur du ligament de Poupart; dans ce cas, elle affecte des rapports plus intimes et plus étendus avec la partie supérieure de l'orifice herniaire. Lorsqu'elle naît de la fémorale, au-dessous de l'arcade de Fallope, elle se place souvent, à son entrée dans le bassin, immédiatement en dehors de l'orifice herniaire. Elle naît parfois de l'obturatrice, et dans ce cas elle gagne la gaine du muscle grand droit de l'abdomen, en croisant le côté interne de la veine fémorale (Henle). Elle peut alors se trouver soit en dedans, soit en dehors du collet du sac.

L'artère obturatrice, lorsqu'elle tire son origine de l'artère épigastrique, affecte avec l'orifice herniaire des rapports différents, suivant que le tronc commun d'où naissent ces artères est plus ou moins long. S'il est court (2 à 4 millimètres), l'artère obturatrice croise presque aussitôt l'arcade de Fallope, et, dans son trajet de haut en bas, elle se met en rapport avec le côté externe de l'anneau herniaire. Si le tronc commun est plus long (15 à 27 millimètres), l'artère obturatrice, en se détachant de l'épigastrique, se dirige en dedans, puis en bas, passe au-dessus, puis en dedans du collet du sac, en contournant son bord interne, appliquée contre la face postérieure du ligament de Gimbernat : elle entoure donc la partie interne de l'orifice herniaire dans un demi-cercle presque complet. De toutes les anomalies que nous venons de mentionner, cette dernière est la plus fréquente et la plus sérieuse; Monro, Barclay, Wardrop, Truestedt (1), Kœhnck (2), Houel (3), Schlobig (4) en ont cité des exemples. B. Mursinna, Dupuytren, Skey l'ont atteinte dans le débridement des hernies crurales et ont perdu leurs opérés d'hémorrhagie. Mackensie néanmoins, dans un cas analogue, a pu éviter sa blessure, et Spence (5), l'ayant reconnue sur le

(1) *Dissertatio, Berol.*, 1816.

(2) *De ectopis, diss. gryph.*, 1842.

(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 23^e année, p. 260; 1848.

(4) *Observ. quædam de varia arter. obtur. origine. etc.*; 1844.

(5) *Edinb. med. Journ.*, juillet 1855.

vivant, fit la section de l'artère entre deux ligatures. Sur 250 cadavres examinés à ce point de vue par J. Cloquet (1), l'artère obturatrice reconnaissait 160 fois une origine normale, 56 fois elle prenait naissance des deux côtés de l'artère épigastrique, et 28 fois d'un côté seulement, 6 fois elle naissait directement de l'artère crurale.

Les *enveloppes* de la hernie crurale sont constituées par la peau, le *fascia superficialis*, et le sac herniaire. Le *fascia superficialis*, lamelleux, adhérent à l'aponévrose fémorale au-dessous de la fosse ovale, limite de ce côté le déplacement des viscères, de telle sorte que la hernie, lorsqu'elle acquiert un volume un peu considérable, a plus de tendance à remonter vers l'arcade de Fallope qu'à descendre vers la cuisse. Il résulte de ce fait que, bien que l'orifice herniaire soit situé au-dessous de l'arcade crurale, les hernies crurales volumineuses paraissent dépasser en haut ce ligament, et qu'au premier abord on peut les confondre avec une hernie inguinale.

Quelques rameaux veineux qui se rendent à la veine saphène interne, quelques branches de l'artère honteuse externe superficielle, courent dans le tissu cellulaire en avant du sac. On y trouve aussi très-fréquemment un ou plusieurs ganglions lymphatiques, dont la présence constitue pour l'observateur une cause d'erreurs qui n'ont pas toujours été évitées.

Le lipome herniaire est en quelque sorte spécial à la hernie crurale. Nous n'insisterons pas sur la provenance et le rôle de ces productions, qui peuvent aussi prêter à certaines erreurs de diagnostic. Il faut pourtant noter qu'à la région inguino-crutale le péritoine est doublé d'une graisse assez abondante qui se continue dans l'infundibulum fémorali-vasculaire, et que là, plus qu'ailleurs, la descente du lipome, entraînant derrière lui le péritoine, a pu précéder la formation de la hernie.

Certaines hernies crurales sont dépourvues de sac ou présentent un sac péritonéal incomplet; ce sont surtout les hernies du cœcum qui offrent cette particularité d'ailleurs exceptionnelle. Le sac herniaire, formé par locomotion du péritoine, comme dans la hernie inguinale, est bientôt le siège de ce travail pathologique qui aboutit à la formation du collet.

Les kystes situés au-devant du sac sont plus fréquents dans la hernie crurale que dans les autres variétés de hernies. Nous avons fait voir, dans un travail ancien, qu'il s'agissait presque toujours dans ce cas de véritables hygromas, développés dans une bourse séreuse accidentelle produite au-devant de la hernie par la pression d'un bandage.

Le contenu de la hernie est tantôt de l'intestin, tantôt de l'intestin et de l'épiploon. Les hernies crurales, qui n'atteignent que rarement un volume considérable, ne renferment souvent qu'une anse incomplète d'intestin. On a pu néanmoins y trouver plusieurs circonvolutions intestinales. La présence d'épiploon dans la hernie crurale s'observe aussi moins fréquemment que dans les hernies inguinales.

(1) *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen*, 1817.

Exceptionnellement d'autres organes peuvent prendre part à la constitution d'une hernie crurale. Nous avons déjà mentionné la présence du cœcum dans ces déplacements. On y a trouvé la vessie; l'*ovarioncie* rale, ou hernie de l'ovaire, est plus rare à la région crurale qu'à la région inguinale; pourtant Murat a vu, à la Salpêtrière, une hernie crurale qui contenait les deux ovaires, les trompes, l'utérus et une partie du vagin. La hernie du testicule par l'anneau crural et l'étranglement consécutif de cet organe ont été observés par Guincourt.

B. *Variétés rares ou exceptionnelles de la hernie crurale*. — On a décrit plusieurs dispositions insolites du sac et du trajet herniaire dont la plus commune n'a été rencontrée qu'un petit nombre de fois. Gosselin fait remarquer qu'elles n'offrent qu'un intérêt restreint, car elles ont été trop rarement observées et elles présentent des caractères trop peu tranchés pour qu'on puisse les reconnaître pendant la vie du malade.

1^{re} VARIÉTÉ : *Hernie crurale externe*. — Cette hernie, dont l'existence a été constatée par Arnaud et par Demeaux, au lieu de refouler le péritoine au-dessous et en dedans de l'artère épigastrique, se produit au niveau de la fossette inguinale externe, en dehors de ce vaisseau, et, déprimant la séreuse à ce niveau, vient s'engager dans l'infundibulum. On pourrait se demander si, dans ces cas, on n'a pas eu affaire à une hernie crurale ordinaire, dans laquelle, par le fait d'une de ces anomalies d'origine de l'artère épigastrique sur lesquelles nous avons insisté, ce vaisseau aurait été situé le long du contour interne du collet du sac.

2^e VARIÉTÉ : *Hernie crurale interne*. — Dans cette hernie, c'est au niveau de la fossette vésico-pubienne, au dedans de l'artère ombilicale, que la hernie refoule le péritoine. Cette variété de hernie, constatée par Demeaux, suivrait d'ailleurs le trajet des hernies crurales ordinaires.

3^e VARIÉTÉ : *Hernie de Laugier*. — La hernie, au lieu de sortir entre la veine fémorale et le ligament de Gimbernat, traverse un orifice accidentel creusé dans l'épaisseur de ce ligament. Laugier a publié le premier exemple connu de cette variété de hernie crurale, dont un certain nombre de cas ont été réunis par Legendre, dans un travail sur *quelques variétés rares de hernies crurales*, et par Tirman. On peut avec le professeur Gosselin élever quelques doutes sur l'existence de cette hernie.

4^e VARIÉTÉ : *Hernie à double sac*. — Dans cette hernie on trouve deux sacs complets, distincts l'un de l'autre, et sortant tous deux par des orifices différents du *fascia crebriformis*: J. Cloquet, Demeaux et Gosselin en ont rapporté des exemples, et ce dernier, dans une opération de hernie crurale étranglée, a pu trouver, à côté d'un premier sac herniaire qui n'était le siège d'aucun étranglement, un autre sac contenant une anse incomplète très-fortement serrée.

5^e VARIÉTÉ : *Hernie de Hesselbach, hernie d'Astley Cooper*. — Il s'agit dans ces cas de hernies à sacs multilobés, ayant leur collet en haut et en dedans, au point où l'on trouve le collet de la hernie crurale, et qui pré-

sentent deux ou plusieurs prolongements. Ces prolongements diverticulaires sont dus à l'inégale résistance des enveloppes externes de la hernie qui, sur certains points, se sont laissés distendre ou traverser. Suivant Legendre, ce seraient des brides du *fascia crebriformis* qui détermineraient l'aspect lobulé de la hernie dite de Hesselbach, parce que cet auteur en a décrit le premier exemple; dans la hernie de Cooper ces brides appartiendraient au *fascia superficialis*. Une pareille distinction nous paraît bien difficile à faire, le scalpel à la main, sur des hernies anciennes.

6^e VARIÉTÉ : *Hernie pectinée*. — Cette anomalie, décrite par J. Cloquet, consiste en ce que la hernie, après avoir franchi l'anneau crural, au lieu de se diriger en avant et de sortir par les orifices que lui présente le *fascia crebriformis*, se porte en dedans et en arrière et peut s'engager entre le muscle pectiné et son aponévrose à la faveur d'une éraillure de cette lame fibreuse.

7^e VARIÉTÉ : *Hernie crurale en dehors des vaisseaux fémoraux*. — Cette sorte de hernie, dans laquelle le sac herniaire se trouve situé en dehors de l'artère et de la veine fémorale, n'a été observée que dans un seul cas rapporté par Partridge.

8^e VARIÉTÉ : *Hernie cruro-péritonéale*. — Streubel, dans un travail auquel nous avons eu fréquemment recours, cite un cas jusqu'à présent unique, dans lequel une hernie crurale offrait un sac diverticulaire profond, situé entre la paroi pelvienne et le péritoine, communiquant avec celui-ci par un collet véritable, et avec le trajet d'une hernie crurale ordinaire. Cette disposition est donc analogue à celle que l'on a beaucoup plus fréquemment rencontrée à la région inguinale.

ÉTIOLOGIE. — La hernie crurale est beaucoup plus rare que la hernie inguinale : nous rappelons les chiffres que nous avons déjà cités à propos des hernies en général et de la hernie inguinale en particulier, tels qu'ils ressortent de la statistique publiée en 1855 par Bryant : sur 93 355 hernies on en trouve dans ce relevé 46 551 inguinales d'un seul côté et 7452 crurales, soit 6,24 inguinales pour une crurale. Sur 30 575 hernies doubles, il y en avait 28 503 inguinales, et 1972 crurales, soit 14,25 inguinales doubles pour une crurale double. La somme de ces chiffres donne 75 045 hernies inguinales simples ou doubles pour 10 425 crurales, ou 7,19 hernies inguinales pour une hernie crurale.

Le sexe féminin est plus exposé à la hernie crurale que le sexe masculin. La statistique que nous venons de mentionner compte une hernie crurale chez l'homme pour 73 inguinales, et chez la femme 4,6 hernies crurales pour une inguinale. Ces chiffres représentent-ils exactement la fréquence relative des hernies inguinales et crurales chez l'homme et chez la femme ? On peut en douter, car la statistique de la *Société des bandages*, publiée en 1863 par Kingdon, en indique d'assez différents. D'après ce relevé, chez l'homme on aurait observé une hernie crurale pour 32 inguinales seulement, et chez la femme 416 cru-

rales pour 401 inguinales, c'est-à-dire le même chiffre ou peu s'en faut que pour la hernie crurale. Cette dernière statistique se rapproche de celle de Malgaigne qui affirme que la hernie crurale, plus fréquente à la vérité chez la femme que chez l'homme, se rencontre encore moins souvent chez la première que la hernie inguinale.

La hernie crurale est une hernie de l'âge adulte; on ne l'a jamais observée à la naissance et dans la première enfance. Jusqu'à l'âge de vingt ans elle paraît beaucoup moins fréquente, même chez la femme, que la hernie inguinale. Ainsi, suivant Kingdon, sur 193 hernies observées chez des jeunes filles de moins de quinze ans, 184 étaient des hernies inguinales, 9 seulement des hernies crurales.

La grossesse et l'accouchement paraissent être les causes déterminantes de l'apparition de la hernie crurale dans le plus grand nombre de cas. D'après les relevés de Kingdon, la première grossesse aurait sur le développement de cette hernie une influence bien plus marquée que les accouchements ultérieurs.

On a cherché la raison de la fréquence de la hernie crurale chez la femme dans les dimensions transversales plus considérables qu'elle offre son bassin et par suite dans la largeur plus grande de l'anneau crural. L'influence de la grossesse s'expliquerait, suivant Nivet, par la distension que subit le ventre pendant la gestation. Malgaigne fait à ce propos observer que la distension des parois abdominales prédisposerait d'avantage à la hernie inguinale. Suivant Gosselin, la production de la hernie crurale, qui est rarement une hernie de force, serait préparée dans un certain nombre de cas par la résorption, la fonte du tissu adipeux qui remplit l'infundibulum fémorali-vasculaire, et dont la disparition prépare la voie au déplacement des viscères. Dans d'autres cas, la graisse sous-péritonéale, constituant un véritable lipome herniaire, entraînerait dans le trajet crural un repli de la séreuse, et l'intestin viendrait s'engager sous l'influence des efforts dans ce sac préformé. De ces hypothèses peu concordantes, il paraît toutefois résulter que le tissu adipeux qui double le péritoine joue un certain rôle dans le mécanisme de production de beaucoup de hernies crurales.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Astley Cooper a parfaitement décrit les troubles fonctionnels auxquels donnent lieu les hernies crurales. Le premier symptôme de ces hernies, dit-il, est une douleur qui se manifeste lorsque le malade étend la cuisse; cette douleur se propage à l'estomac et occasionne des nausées. En général elle 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 élever le genou, attitude qui amène un prompt soulagement.

Cette douleur est loin cependant d'être constante, ou du moins elle peut être si légère qu'elle n'éveille pas l'attention du sujet. Les hernies crurales sont, en effet, le siège d'une sensibilité beaucoup moins vive

et moins constante que les hernies inguinales, et il est fréquent de les voir absolument méconnues par ceux qui les portent. Cette indolence tient probablement à l'absence de filets et de rameaux nerveux au niveau de l'infundibulum fémorali-vasculaire, tandis que ces éléments existent en grand nombre dans le trajet inguinal, et au petit volume de la plupart des hernies crurales, d'où il résulte qu'elles sont rarement le point de départ de coliques et de tiraillements si fréquents dans les grosses hernies inguino-scrotales.

Vient-on à examiner la région malade, on observe tout d'abord un gonflement général au lieu de la dépression qui se trouve normalement à la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa. Ce gonflement constitue rarement une tumeur nettement circonscrite : la palpation seule permet d'apprécier, quand la tumeur est petite et que le sujet est chargé d'embonpoint, la forme et les dimensions de la hernie. Ce mode d'exploration fait reconnaître le plus souvent tout d'abord un ou deux ganglions lymphatiques plus saillants que du côté opposé et légèrement douloureux à la pression, puis une tumeur dont le volume varie de celui d'une noisette, d'un marron ou d'une noix, à celui d'un œuf de poule : elle est sphérique ou ovoïde à grand diamètre transversalement dirigé. Si elle est volumineuse, elle dépasse par en haut d'un tiers ou d'un quart de son étendue la partie interne d'une ligne étendue de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette tumeur est en général peu mobile; son pédicule, souvent difficile à trouver, doit être cherché directement en arrière d'elle, au-dessous de l'arcade de Fallope, sous laquelle il paraît s'enfoncer directement d'avant en arrière. Elle présente, du reste, les autres caractères physiques des hernies réductibles : élasticité et souplesse, sonorité à la percussion, impulsion communiquée par les efforts et par la toux, réductibilité avec gargouillement. Quand la hernie est réduite, on peut enfoncer le doigt directement en arrière, sous la partie la plus interne de l'arcade crurale, en refoulant la peau dans le trajet herniaire. On sent alors distinctement, dans le plus grand nombre de cas, en dedans un rebord tranchant, qui rappelle par sa consistance et sa situation le ligament de Gimbernat; en dehors les battements de l'artère crurale. La hernie crurale donne souvent à la palpation une sensation de lobulation qui peut être due soit à la présence d'épiploon dans le sac herniaire, soit à l'existence si commune d'un lipome herniaire, en avant du sac.

Il est rare, ainsi que nous l'avons dit, que les hernies crurales atteignent des proportions considérables et dépassent le volume d'une orange; exceptionnellement on a vu la tumeur descendre jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Lorsqu'elles sont volumineuses, ces hernies peuvent donner lieu à quelques troubles de compression. Ainsi, Richter raconte l'histoire d'une femme qui était atteinte d'un œdème douloureux de la jambe et du pied, lequel se dissipa après la réduction d'une hernie crurale que

la malade présentait du côté correspondant, mais dont elle ignorait l'existence.

Le DIAGNOSTIC des hernies crurales réductibles offre trois questions à résoudre : Y a-t-il une hernie? Cette hernie est-elle une hernie crurale? Cette hernie crurale est-elle réductible en totalité? Nous ne traiterons ici que les deux premiers points de ce diagnostic, le dernier se rattachant plutôt à l'étude des hernies, et surtout des épiplocèles crurales irréductibles.

1° On peut à la région crurale, comme partout ailleurs, méconnaître l'existence d'une hernie, parce que celle-ci est ordinairement réduite et qu'elle ne sort que rarement. Quand il existe une tumeur réductible constatée par le chirurgien, le doute ne saurait être permis. La région crurale n'est pas le siège de tumeurs réductibles analogues à celles qui s'observent aux bourses et au niveau du trajet inguinal, et qui en imposent parfois pour des hernies inguinales réductibles. Les tumeurs ganglionnaires, si fréquentes à la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa, ne disparaissent jamais par la pression, et les deux seules affections qui offrent ce caractère se présentent avec des symptômes qui le plus souvent ne permettent pas d'hésitations.

Les abcès froids qui sortent du bassin en passant au-dessous de l'arcade de Fallope sont constitués par une tumeur toujours mate et fluctuante, qui coïncide avec l'existence d'une collection siégeant dans la fosse iliaque ou dans le flanc, et l'on peut alternativement renvoyer le flot de la tumeur abdominale à la tumeur crurale, et réciproquement. Enfin, les phénomènes qui accompagnent le développement et la migration de ces vastes abcès, ceux qui révèlent l'existence de la cause qui les a produits, la constatation d'une lésion du bassin ou du rachis, par exemple, rendront toute erreur impossible.

Une dilatation veineuse siégeant sur la veine saphène interne, au point où celle-ci pénètre dans la fosse ovale, ne saurait être confondue avec une hernie. La forme de la tumeur allongée suivant le trajet de ce vaisseau, sa matité, l'absence de gargouillement lorsqu'on la fait disparaître par la pression, sa consistance plus molle que celle des hernies, l'impossibilité de trouver le pédicule ou un trajet herniaire, feront dans ce cas rejeter l'idée d'une hernie. Pour dissiper tous les doutes, on n'aura qu'à réduire la tumeur, et à faire lever le malade en exerçant avec le doigt une compression suffisante au-dessous de l'arcade crurale, au dedans des vaisseaux fémoraux : si l'on a affaire à une dilatation veineuse, la tuméfaction ne tardera pas à paraître de nouveau malgré la présence du doigt qui s'opposerait à l'issue des viscères.

2° Seules les hernies crurales de moyen volume, qui sont en quelque sorte à cheval sur l'arcade crurale, peuvent être confondues avec certaines hernies inguinales, notamment avec les hernies interstitielles. Dans les cas douteux, on recherchera avec soin les caractères suivants qui ne sauraient faire défaut :

a. Après avoir tiré une ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis, si la plus grande partie de la tumeur se trouve au-dessus de cette ligne, on a affaire à une hernie inguinale ; si elle est située au-dessous de cette ligne, la hernie est une hernie crurale.

b. On cherchera le pédicule de la hernie : si, après l'avoir trouvé, on détermine sa situation par rapport à cette même ligne, on constate qu'il est situé au-dessus ou au-dessous d'elle : dans le premier cas la hernie est une hernie inguinale, dans le second une hernie crurale.

c. Dans la hernie crurale le pédicule est situé en arrière de la tumeur et il se dirige directement d'arrière en avant ; dans la hernie inguinale il se trouve en dehors et en haut et remonte obliquement vers la partie moyenne de l'arcade de Fallope.

d. Lorsque la hernie est réduite, le doigt qui refoule les enveloppes de la hernie peut s'introduire dans le trajet herniaire et apprécier sa direction. Si, en le portant aussi loin que possible en arrière, il sent au côté externe du trajet de grosses pulsations artérielles, on peut être certain qu'il est engagé dans le canal crural, et que la hernie est une hernie crurale.

e. Enfin, lorsque la hernie est réduite, on porte le doigt jusque sur l'anneau inguinal externe en refoulant la peau des bourses ou de la grande lèvre, et l'on fait lever le malade en l'engageant à faire quelques efforts. Si la hernie est une hernie crurale, on la verra ressortir sans que le doigt, placé à l'orifice externe du trajet inguinal, ait été retiré, et sans qu'il ait senti d'impulsion ou qu'il ait eu notion de l'issue des viscères.

PRONOSTIC. — La hernie crurale est peut-être un moindre inconvénient pour les malades qui en sont atteints que la hernie inguinale ; car elle est peu douloureuse et n'atteint que rarement un volume notable. Elle n'en est pas moins grave que celle-ci ; car elle présente un certain nombre de côtés fâcheux qui lui sont propres.

La hernie crurale ne guérit jamais spontanément. Cette proposition est en rapport avec ce que nous savons des hernies de l'âge adulte, classe à laquelle les hernies crurales appartiennent presque toujours. Pourtant on a observé à la région crurale de petits sacs déshabités, chargés de graisse, chez des sujets qui avaient autrefois présenté des hernies crurales réductibles.

La hernie crurale est fréquemment méconnue par ceux qui la portent et elle expose dès lors aux accidents des hernies qui ne sont pas contenues.

La hernie crurale est difficilement maintenue réduite par les bandages : elle s'échappe fréquemment sous la pelote destinée à la contenir, et elle se trouve alors dans des conditions d'autant plus favorables à l'invasion d'accidents, qu'elle est plus petite et que le collet du sac qui la renferme est mieux organisé et plus étroit.

Pour toutes ces raisons, la hernie crurale s'étrangle, nous le verrons,

plus fréquemment que la hernie inguinale. Ajoutons que son étranglement est d'autant plus grave qu'il s'accompagne le plus souvent de peu de douleur, qu'il est méconnu à son début, et que le petit volume de la hernie prédispose à l'apparition rapide de lésions intestinales graves.

TRAITEMENT. — Les hernies crurales se prêtent encore moins que les hernies inguinales aux tentatives dirigées dans le but d'en obtenir la cure radicale ; aussi croyons-nous inutile de décrire les opérations préconisées par quelques chirurgiens, et dont on trouvera la description dans les traités de médecine opératoire.

On devra donc recourir exclusivement au traitement palliatif et se borner à pourvoir le malade d'un bandage suffisant : malheureusement rien n'est plus difficile que de contenir une hernie crurale. De tous les bandages, celui auquel on donne en général la préférence est le bandage français, dont l'extrémité antérieure, qui porte la pelote, est fortement coudée en bas pour arriver jusqu'au-dessous de l'arcade crurale, point où doit porter la compression. Il en résulte que la pelote repose sur la partie supérieure de la cuisse, et que, dans les mouvements de flexion du membre, elle est soulevée et permet à la hernie de sortir au-dessous d'elle ; de plus, si elle n'est pas fortement assujettie lorsque le membre reviendra à l'extension, la pelote, qui se sera déplacée pendant la flexion, ne reviendra pas à sa position, si bien que la hernie ne sera plus contenue.

Pour obvier à ce déplacement, on est forcé de donner au ressort une force qui rend la pression du bandage douloureuse et fatigante ; aussi le malade renonce-t-il souvent, au bout de quelques essais, à trouver un moyen terme entre les dangers qui résultent d'un appareil insuffisant et les inconvénients qui dépendent de la pression d'un bandage trop serré. Quoi qu'il en soit, le bandage crural doit toujours être maintenu par un sous-cuisse.

II. HERNIES CRURALES IRRÉDUCTIBLES.

1^o De l'étranglement des hernies crurales.

Les hernies crurales s'étranglent plus fréquemment que les hernies inguinales ; en effet le chiffre des hernies crurales réductibles étant de beaucoup inférieur (comme nous l'avons établi plus haut) au chiffre des hernies inguinales réductibles, l'étranglement des premières a été observé presque aussi souvent que celui des secondes. Sur 100 hernies étranglées, Thomas Bryant en a compté 50 inguinales et 44 crurales ; Gosselin, dans ses relevés de 1845 à 1879, en a observé 113 inguinales étranglées pour 104 crurales. Ces chiffres donnent environ la même relation, c'est-à-dire que l'étranglement des hernies crurales serait à l'étranglement des hernies inguinales dans la proportion de 88 à 92 pour 100.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous connaissons le trajet et la constitu-