

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-

tion de la hernie crurale; deux points seulement méritent ici une mention spéciale : ils sont relatifs aux *agents de l'étranglement* et aux *lésions de l'intestin étranglé*.

A. *Agents de l'étranglement dans la hernie crurale*. — Jusqu'à Jean-Louis Petit l'anneau crural était considéré comme l'agent exclusif de l'étranglement dans les hernies crurales. Après que Gimbernat, en 1793, eut insisté sur la disposition du ligament qui porte son nom, le rôle de cette lame fibreuse dans la production de l'étranglement fut accepté sans contestations par la plupart des chirurgiens, parmi lesquels il faut citer Sabatier, Lassus et Boyer. Pourtant, dès 1740, Arnaud avait entrevu la possibilité d'un étranglement par d'autres brides fibreuses que celles qui dépendent de l'arcade crurale; Ch. Bell, Hey, A. Cooper, en Angleterre, avaient signalé des faits où la constriction paraissait siéger au niveau du repli falciforme du fascia lata. Mais il fallut les recherches de Scarpa, de J. Cloquet et de Breschet pour mettre hors de doute l'action des anneaux fibreux accidentels constitués par les orifices du *fascia crebriformis*. L'étranglement par l'anneau crural perdit de son importance, et son existence fut enfin niée d'une façon catégorique par Malgaigne, à l'opinion duquel se rattachèrent Deville, Broca, Jarjavay, Richet, et surtout Gosselin qui établit sur des preuves anatomiques incontestables que, dans l'immense majorité des cas, la constriction était produite par un des orifices du *fascia crebriformis* ou siégeait au niveau de l'un d'eux.

Pourtant cette opinion, acceptée par presque tous les auteurs, fut combattue par Sédillot et Chassaignac : ce dernier fit revivre l'étranglement par le ligament de Gimbernat sous le nom d'*étranglement par vive arête*, et dans une thèse récente Bax s'est efforcé de rassembler des faits concluants à l'appui de la théorie de l'étranglement des hernies crurales par l'anneau crural.

Dès J.-L. Petit, à côté de la théorie de l'étranglement par les anneaux était venue se placer celle de l'étranglement par le collet du sac. L'étude des modifications évolutives de ce dernier conduisit Malgaigne à poser en principe qu'à part les cas peu nombreux où le *fascia crebriformis* paraissait être l'agent de l'étranglement, celui-ci était toujours produit par le collet du sac. Malgré les objections de Laugier, Diday, Velpeau, Marchal de Calvi, l'étranglement par le collet du sac fut considéré par la majorité des chirurgiens comme très fréquent dans la hernie crurale. Nous avons donc successivement à discuter les deux points suivants : le rôle du collet du sac dans la production de l'étranglement des hernies crurales; le rôle des anneaux fibreux naturels ou accidentels.

a. *Rôle du collet du sac*. — L'étranglement par le collet du sac est mis hors de doute par les faits nombreux dans lesquels l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac ayant été tentée, on dut inciser celui-ci pour lever la constriction. Mais est-il plus ou moins fréquent que l'étranglement par les anneaux? c'est ce que l'on ne saurait affir-

mer. Sur treize opérations de kélotomie pratiquées pour des hernies crurales, Gosselin tenta vainement dans quatre de ces cas de réduire sans ouvrir le sac; mais il ajoute que sur les neuf autres cas l'ancienneté de l'étranglement l'a empêché six fois d'essayer la réduction avant d'avoir constaté directement l'état de l'intestin, et que le rapport de quatre à neuf comme représentant le chiffre des étranglements par le collet comparé à celui des étranglements par les anneaux, serait probablement assez loin de la vérité. Telle est la valeur générale des statistiques en pareille matière.

b. *Rôle des anneaux*. — Si le rôle des anneaux fibreux accidentels a été mis hors de doute par les travaux de Malgaigne et de Gosselin, il semble pourtant que, dans certaines conditions, l'anneau crural peut être l'organe de l'étranglement. En première ligne il faut placer les faits où la hernie s'étrangle le jour même de son apparition, et où la transformation fibreuse de l'orifice du *fascia crebriformis* n'ayant pas encore pu se produire, on ne saurait invoquer l'action des anneaux accidentels. Toutefois il importe de faire remarquer que si pour bien des malades l'étranglement paraît s'être produit au moment même où la hernie sortait pour la première fois, cela tient souvent à ce que l'existence de la hernie avait été méconnue jusqu'au jour où elle est devenue le siège d'accidents.

Comme preuves de l'étranglement par l'anneau crural on a cité des cas où il n'y avait pas de constriction circulaire, mais où l'obstacle paraissait provenir de coudure brusque de l'intestin sur le ligament de Gimbernat, tandis que l'on pouvait introduire aisément une sonde de femme entre la partie externe de l'anneau et l'intestin étranglé (*étranglement par vive arête* (Chassaignac).

On a invoqué également les faits très nombreux où les lésions graves de l'intestin siégeaient vis-à-vis du ligament de Gimbernat (obs. de Skey, de Desprès, de Duguet, etc.) (1). A côté de ceux-ci l'on doit placer les cas où dans l'opération le ligament de Gimbernat se trouve plus ou moins largement intéressé.

Enfin les preuves les plus concluantes sont tirées des faits anatomiques où la dissection a montré que l'obstacle siégeait bien au niveau de l'anneau crural (faits de Sédillot (2), de Cruveilhier (3).

Tous ces arguments sont passibles d'une même objection. Ce n'est pas chose facile, ainsi que l'a dit Broca dans sa thèse d'agrégation, que l'exacte dissection d'une hernie, et la partie la plus élevée du *fascia crebriformis* est assez rapprochée du ligament de Gimbernat pour qu'on puisse commettre une confusion. Celle-ci est surtout presque inévitable lorsque la hernie est ancienne, qu'elle a refoulé en haut l'anneau acci-

(1) Bax, *loc. cit.*, p. 56, 57, 58.

(2) *Annales de chirurgie française et étrangère*, t. V.

(3) Tome I, art. HERNIE, 1849-1856.

dentel, que le trajet herniaire a disparu; l'orifice du *fascia crebriformis* est alors intimement appliqué au ligament de Gimbernat et les incisions pratiquées pour le débridement intéressent à la fois l'un et l'autre.

On ne peut donc regarder comme démontrant d'une façon absolument incontestable l'étranglement par l'anneau crural que les observations très-rares où il est noté de la façon la plus explicite que l'agent de la constriction était distinct du *fascia crebriformis*. C'est ce que l'on trouve dans une observation recueillie par Bax.

Il reste donc acquis que si, dans certains cas, l'étranglement peut se montrer au niveau de l'anneau crural et paraît alors produit par le rebord tranchant du ligament de Gimbernat, c'est presque toujours un orifice accidentel du *fascia crebriformis* transformé en tissu fibreux par l'inflammation chronique, et souvent confondu avec les bords de l'anneau crural lui-même, qui en est le siège et l'agent, lorsqu'on ne peut mettre en cause le collet du sac.

B. *Lésions de l'intestin*. — Les hernies crurales sont en général de petit volume; elles ne contiennent que rarement de l'épiploon. Ces circonstances font présumer la rapidité très-grande avec laquelle surviendront les lésions graves de l'intestin hernié, son amincissement, sa perforation, sa gangrène: Gosselin rapporte un fait dans lequel neuf heures d'étranglement avaient suffi pour amener la perforation. Il est vrai que, d'autre part, on a pu voir l'intestin résister à dix, douze et quinze jours d'étranglement; ce sont là des exceptions. Mais dans les petites hernies crurales, on devra craindre l'existence de lésions graves de l'intestin quand l'étranglement aura duré plus de trente-six ou surtout de quarante-huit heures.

SYMPTOMATOLOGIE. — Apparition dans l'aîne, au-dessous de l'arcade de Fallope, d'une tumeur plus ou moins volumineuse, en général de la dimension d'un marron ou d'une noix, dure, rénitente, tendue, irréductible, adhérente aux parties profondes par un pédicule qui s'enfonce sous l'arcade crurale en dedans des vaisseaux fémoraux, et qui est difficile à sentir; tumeur douloureuse à la pression, exercée au niveau du pédicule surtout; tel est l'ensemble de symptômes physiques qui révèlent l'étranglement d'une hernie crurale étranglée.

La tumeur est parfois si petite qu'elle ne se révèle à la vue que par une légère saillie de la région; mais les doigts peuvent la circonscrire sans difficulté et en apprécier la consistance. Tantôt mate, tantôt sonore, elle ne présente aucun caractère constant à la percussion à cause de son petit volume, de la proximité de l'abdomen distendu par les gaz, de l'épaisseur des enveloppes qui la recouvrent, de l'existence fréquente d'un lipome herniaire, et de l'accumulation de liquide dans le sac herniaire.

Du côté de l'abdomen, de même que par l'examen de l'état général, on constate les symptômes fonctionnels de l'étranglement. Tension douloureuse du ventre, absence de selles et d'émissions gazeuses par l'anus,

état nauséux, hoquets, vomissements de matières muqueuses ou alimentaires d'abord, puis de matières intestinales.

Plus tard, anxiété, faciès grippé, refroidissement des extrémités et gêne respiratoire, distension énorme du ventre, apparition de la péritonite généralisée, en même temps que du côté de la tumeur s'observent les modifications qui indiquent la production d'un phlegmon stercoral: rougeur de la peau, œdème et empâtement du tissu cellulaire sous-jacent, bruit hydro-aérique et clapotement à la percussion de la hernie.

On voit que nous ne faisons guère qu'appliquer à l'étranglement des hernies crurales les signes qui révèlent l'étranglement d'une hernie quelconque; pourtant l'étranglement, dans les hernies crurales, se présente parfois avec un ensemble de phénomènes tout particulier et dont il faut être averti pour ne pas tomber dans de graves erreurs.

Gosselin a mis en lumière l'absence presque totale de symptômes abdominaux et de symptômes généraux chez certains malades porteurs de hernies crurales étranglées. L'irréductibilité, la tension de la hernie qui est douloureuse au niveau du pédicule, l'absence de selles, un état nauséux et de l'inappétence; tels peuvent être, pendant deux ou trois jours, les seuls symptômes de l'étranglement: du reste, il se peut qu'il n'y ait pas de vomissements ou que ceux-ci aient presque aussitôt cessé de se produire, que le ventre soit modérément tendu, que la douleur soit peu intense, que le malade ne ressente point d'anxiété, ni même de malaise intense.

Cette bénignité apparente des symptômes n'annonce nullement un étranglement peu serré; on a pu l'observer dans des cas où l'intestin a été trouvé perforé au moment de l'opération, faite le troisième ou quatrième jour; elle peut persister jusqu'à ce que l'invasion de la péritonite ou l'apparition d'un phlegmon stercoral rende manifeste la cause des accidents que présente le malade. Le plus souvent, au bout d'un ou deux jours pendant lesquels l'étranglement ne s'était révélé par aucun symptôme pressant, on voit éclater tous les phénomènes de l'étranglement: douleur extrême, prostration, aspect spécial du visage, vomissements caractéristiques.

En regard de ces étranglements à marche insidieuse, on doit placer les faits tout contraires dans lesquels les accidents revêtent d'emblée la physionomie la plus redoutable. C'est principalement dans des cas de petite hernie crurale étranglée que l'on a observé cet état général cholériforme caractérisé par du refroidissement, de la cyanose, un pouls misérable, la prostration des forces et une sorte d'amaigrissement rapide. Berger a également fait voir que c'était surtout sur des malades porteurs de hernies crurales qu'on observait ces phénomènes nerveux insolites (crampes, contractures, agitation et délire) qui compliquent parfois l'étranglement.

Nous ne chercherons point à donner une explication physiologique

de ces faits opposés, mais ils doivent être présents à l'esprit du chirurgien qui s'exposerait, en les ignorant, à méconnaître l'extrême urgence de cas qui réclament une détermination chirurgicale prompte et sûre.

DIAGNOSTIC. — En présence d'une tumeur irréductible, occupant la région crurale et déterminant des accidents du côté de l'abdomen, on a trois questions principales à résoudre : La tumeur est-elle une hernie? Cette hernie est-elle une hernie crurale? Cette hernie crurale est-elle étranglée?

Nous n'avons rien de nouveau à dire sur les deux premiers chefs. Si l'épiplocèle crurale irréductible et enflammée peut, dans certains cas, être confondue avec une adénite, il n'en est plus de même quand il s'agit d'une hernie étranglée. Si peu accusés que soient les phénomènes gastro-intestinaux, leur simple constatation suffit à écarter l'idée d'une inflammation ganglionnaire.

Quand un phlegmon stercoral s'est constitué, l'intensité des phénomènes inflammatoires locaux peut faire méconnaître le point de départ de la suppuration, et l'on a vu des médecins ne s'apercevoir de l'existence de la hernie que lorsque les gaz et les matières intestinales faisaient issue par l'incision pratiquée sur une collection qu'ils avaient considérée comme une suppuration ganglionnaire. Ces grossières erreurs sont impossibles à commettre lorsqu'on s'entoure des garanties que donne l'examen minutieux des antécédents présentés par le malade, du début et de la marche des accidents, et des troubles que présentent toujours en pareil cas les fonctions intestinales.

Lorsqu'on a reconnu que les accidents devaient être rapportés à une hernie, il faut rechercher si cette hernie est bien une hernie crurale ou si l'on n'a point affaire à une hernie inguinale. La plupart des caractères différentiels et qui servent à distinguer les hernies réductibles appartenant à ces deux régions voisines sont applicables aux hernies étranglées. On n'a pas la faculté d'explorer le trajet herniaire, mais la constatation du pédicule profond et en quelque sorte caché derrière la tumeur est un indice précieux qui s'ajoute aux autres caractères sur lesquels nous ne pouvons revenir.

Enfin la hernie crurale à laquelle sont dus les accidents est-elle une hernie étranglée? n'est-elle point seulement une épiplocèle enflammée? Cette question se pose moins souvent dans le cas de hernies crurales que lorsqu'il s'agit de hernies inguinales. On sait, en effet, que ce sont surtout les grosses hernies scrotales qui ont l'apanage de ces accidents à marche lente, capables de se terminer sans intervention d'une manière favorable, et que l'on a successivement rapportés à l'engouement, à l'inflammation ou à des étranglements peu serrés.

D'autre part, la marche insidieuse de l'étranglement dans certaines hernies crurales est bien faite pour donner le change. On a peine à se figurer qu'une hernie qui n'est pas ou qui est à peine douloureuse, qui ne s'accompagne pas de vomissements, qui ne détermine que peu de

malaise général, soit réellement étranglée. Les faits néanmoins sont là pour démontrer qu'il se peut agir d'un étranglement et d'un étranglement fort serré; aussi doit-on admettre, avec Gosselin, qu'une hernie crurale est intestinale et étranglée quand on la trouve très-tendue, quand en pressant avec le doigt au niveau du pédicule on détermine une douleur bien nette, quand en même temps le patient a quelques coliques et de l'inappétence. A ces caractères nous en ajouterons toutefois un dernier qui ne nous a jamais fait défaut, l'absence d'émissions gazeuses par l'anus.

Quelques autres questions qui se posent subsidiairement ont été examinées à propos du diagnostic des hernies envisagées en général : L'étranglement est-il produit par le collet du sac? est-il fort serré? existe-t-il déjà des lésions intestinales graves? Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit ailleurs de l'incertitude où l'on est sur tous ces points; à part quelques faits exceptionnels où l'on peut exclure, par exemple, le rôle du collet du sac comme agent de l'étranglement, à part les cas très-récents, où l'on peut croire presque avec certitude que l'intestin n'a pas encore trop souffert de la constriction qu'il subit, et ceux au contraire où les phénomènes locaux rendent la perforation manifeste, c'est l'opération seule qui permet de résoudre successivement ces diverses inconnues.

Le pronostic dans l'étranglement des hernies crurales est celui qui comporte l'intervention chirurgicale; c'est donc à propos des résultats fournis par le taxis et par l'opération que nous aurons à l'examiner. Abandonnées à elles-mêmes, les hernies crurales étranglées se termineraient presque toujours par la mort.

TRAITEMENT. — Nous envisagerons successivement : le taxis dans les hernies crurales; l'opération du débridement, qui comprend plusieurs méthodes et plusieurs procédés; les résultats fournis par ces moyens de traitement; enfin les indications qui ressortent de la discussion de ces résultats statistiques.

A. *Taxis*. — A propos des hernies crurales étranglées, spécialement des petites hernies marronnées, on ne saurait trop insister sur le précepte, applicable d'ailleurs au taxis de toutes les hernies, qu'il faut se garder d'exercer les pressions sur le sommet de la tumeur. La hernie crurale présente, on le sait, un pédicule profond et peu apparent; pour agir efficacement, il faut chercher à le circonscrire avec l'extrémité des cinq doigts qui embrassent la tumeur, que l'on pédiculise ainsi en quelque sorte; puis des efforts plus ou moins énergiques et soutenus auront pour but de diminuer le volume de la hernie, les doigts exerçant une pression concentrique sur les parties latérales de la tumeur.

Si la hernie est plus volumineuse, on emploiera les deux mains, la main gauche circonscrivant le pédicule, tandis que les doigts de la main droite exercent les pressions. Ces manœuvres seront poursuivies avec

l'aide du chloroforme, pendant un temps qui sera d'autant moins long que la hernie sera plus petite et l'étranglement plus ancien.

C'est principalement dans les cas de hernies crurales étranglées que l'on s'est trouvé bien des impulsions latérales communiquées au pédicule de la hernie. L'orifice herniaire étant profond et difficile à sentir, les efforts pour faire rentrer l'intestin ne sont pas toujours dirigés dans un sens convenable, et la manœuvre en question a peut-être pour effet de rendre à un certain moment le trajet plus direct et de mettre le collet du sac et les orifices anatomiques dans une situation plus favorable à la réduction.

C'est également dans les cas de hernies crurales, que Max Schede a proposé son procédé de taxis forcé : les pouces de l'une et l'autre main sont placés de part et d'autre du pédicule, et l'on exerce de toute la force du poignet, avec chacun d'eux alternativement, des pressions comme si l'on voulait, en quelque sorte, bourrer l'orifice herniaire avec les parties qui s'en sont échappées. Nous avons dit ailleurs ce qu'il fallait penser d'un moyen aussi aveugle que violent.

Enfin nous rappellerons que l'on a obtenu de bons résultats de l'inversion du malade par la méthode de Leasure, employée comme auxiliaire du taxis ou isolément; et que, dans certains cas, la ponction aspiratrice du liquide contenu dans le sac ou même des matières renfermées dans l'anse intestinale étranglée, a permis une réduction qui semblait impossible (Gosselin).

On a beaucoup discuté jadis sur la position qu'il fallait donner au patient pendant le taxis des hernies crurales, et sur la direction qu'il convenait d'imprimer aux pressions. Ces questions ont perdu beaucoup de leur importance aujourd'hui.

Relativement à la position du malade, la flexion de la cuisse sur le bassin a été recommandée par presque tous les auteurs depuis Richter. Scarpa y joignait l'adduction, Allan Burns l'adduction jointe à la rotation en dedans; Malgaigne au contraire a recommandé de porter la cuisse dans l'abduction, la rotation en dehors et une extension modérée. Ces préceptes peuvent tous recevoir leur application; car la conduite à tenir varie avec le côté malade, le volume et surtout la tension du ventre, l'embonpoint du sujet et avant tout suivant la commodité du chirurgien. La flexion est un inconvénient chez les sujets obèses, la tumeur disparaissant au milieu de l'embonpoint des parties molles. D'autre part, quand le ventre est très-tendu, il convient de relâcher ses parois. L'abduction détermine la tension des adducteurs de la cuisse et par conséquent celle du *fascia crebriformis*, qui peut brider trop étroitement l'orifice herniaire; l'adduction force le chirurgien à se mettre dans une situation peu propre à la réduction.

Voici comment, dans le plus grand nombre de cas, nous réglons notre position et celle du malade : Celui-ci est couché les épaules basses, soutenu par un seul oreiller, le bassin relevé et maintenu par

un coussin dur ou un traversin; dans cette situation le tronc est fléchi légèrement, la masse intestinale vient appuyer sur le diaphragme qui est moins élevé que le bassin. Les membres inférieurs sont mis dans une situation intermédiaire à la flexion et à l'extension, à l'adduction et à l'abduction, et le chirurgien, placé à la droite du malade, quel que soit le côté où siège l'étranglement, passe son avant-bras droit entre les cuisses du patient pour aller saisir la tumeur. Mais, ainsi que nous venons de le dire, on doit savoir varier sa position et celle que l'on donne au malade suivant les convenances de chaque cas particulier.

Quant à la direction qu'il convient de donner aux efforts, on peut dire qu'il faut en général chercher à refouler la hernie en arrière, mais que ce sont moins les pressions dirigées dans un axe déterminé que les manœuvres ayant pour but de diminuer la capacité du sac et d'en expulser le contenu, qui amèneront le résultat désiré.

B. *Kélotomie*. — Deux méthodes sont mises en usage pour l'opération de la hernie crurale étranglée : le débridement après l'ouverture du sac herniaire et le débridement externe sans ouverture du sac.

Voici comment on procède à l'opération avec ouverture du sac herniaire : L'incision de la peau est faite perpendiculairement à l'arcade de Faloppe, de manière à découvrir largement le corps et surtout le collet du sac; sur cette première incision, on peut, si la hernie est volumineuse, en faire tomber une autre transversale qui lui donne la forme d'un T ou d'une croix. La peau incisée et disséquée, on divise avec précaution et couche par couche les enveloppes externes, le *fascia superficialis* lamelleux et le lipome herniaire qui d'ordinaire double le sac. Le sac reconnu est ouvert largement, et le doigt glissant sur sa surface interne va chercher l'obstacle à la réduction. Quand ce dernier est constaté, on procède au débridement.

Le cercle vasculaire incomplet qui entoure l'orifice herniaire a fait multiplier les préceptes relatifs à ce temps de l'opération. Scharp, dont la conduite fut adoptée par Dupuytren, avait conseillé de débrider en dehors et en haut, Pott directement en haut, Sabatier en haut et en dedans; pratiques détestables qui pouvaient entraîner, la première, la blessure de la veine fémorale ou de l'artère épigastrique, la seconde et la troisième, la lésion des vaisseaux spermatiques. Gimbernat n'eut pas de peine à démontrer que la seule direction où le débridement fût à peu près exempt de danger était le côté interne; et néanmoins, nous avons vu que les anomalies d'origine de l'artère obturatrice pouvaient être la cause, même avec cette précaution, d'une hémorrhagie redoutable. Aussi les exemples de lésions vasculaires, dans le débridement des hernies crurales, sont-ils fréquents, et les trouve-t-on déjà mentionnés en certain nombre dans l'ouvrage de Richter.

La crainte de blesser quelque important vaisseau avait porté Astley Cooper à préconiser les débridements multiples et peu profonds qui sont