

le rôle d'anneau constricteur, pour obtenir la réduction de la hernie; il n'est pas nécessaire alors d'inciser largement le sac herniaire. Cependant, d'une manière générale, ce procédé n'est pas à conseiller lorsqu'on opère avec les précautions antiseptiques. Mieux vaut ouvrir convenablement le sac, de façon à pouvoir examiner minutieusement son contenu, avant d'inciser l'anneau de constriction.

Lorsqu'on ouvre le sac d'une hernie inguinale externe interstitielle, on rencontre sous le bistouri les fibres du grand oblique et au-dessous de ce dernier, le crémaster. Quant au cordon, il est situé en dedans de la hernie; dans les formes congénitales il passe dans l'intérieur du sac et est enveloppé par le fascia infundibuliforme, prolongement du fascia transversalis. Dans la hernie interne interstitielle le sac est recouvert par le grand oblique, et latéralement par le petit oblique et le transverse; en outre il est entouré par une mince couche du fascia transversalis. Le cordon avec le crémaster est situé en dehors de la hernie.

Dans la hernie inguinale externe interstitielle, on devra avoir présente à l'esprit la possibilité d'une **ectopie inguinale du testicule**. Assez souvent alors l'intestin est situé à la partie supérieure, et le testicule, ordinairement atrophié, à la partie inférieure du sac herniaire. Parfois le testicule et les viscères herniés sont adhérents entre eux.

La hernie inguino-scrotale possède comme enveloppe, outre le fascia superficialis ou la tunique dartos, le fascia spermatica externa. Dans cette couche passe l'artère honteuse externe qui assez souvent est blessée dans le cours de l'opération.

Pour agrandir le point rétréci du collet du sac on incise ce dernier de dehors en dedans entre deux pinces ou après avoir passé au-dessous le crochet mousse de ROSER, ou bien de dedans en dehors au moyen d'un bistouri boutonné. Si l'on pouvait poser sûrement le diagnostic de hernie externe ou interne, on ferait dans la première le débridement en dehors et dans la seconde en dedans, de façon à être sûr d'éviter l'artère épigastrique. Mais un tel diagnostic n'est guère possible que lorsqu'on réussit à voir l'artère, ce qui est parfois le cas, dans la hernie inguinale interne, après l'incision des enveloppes externes; aussi donne-t-on le conseil de débrider toujours en haut. On peut, du reste, pratiquer une série de petites incisions dans les différentes directions (débridement multiple).

Comme contenu de la hernie inguinale on rencontre, relativement souvent, des parties d'intestins qui ne sont pas complètement enveloppées par le péritoine. Ainsi le cœcum particulièrement est assez souvent fixé dans le sac herniaire de façon que la réduction en est impossible. Dans des cas de ce genre RIZZOLI détachait par dissection le cœcum de la paroi du sac jusqu'à ce qu'il pût en opérer la réduction. Il était alors possible de faire porter dans la suite un bandage.

Lorsque l'agent d'étranglement se trouve au niveau de l'anneau ingui-

nal interne, il est clair que le procédé le plus sûr consiste à diviser tout le trajet inguinal jusqu'au point rétréci que l'on débride à l'aide d'un bistouri boutonné guidé sur le doigt. Ce procédé est encore mieux indiqué dans les cas où, par suite du déplacement du collet du sac de bas en haut, le siège de l'étranglement se trouve reporté au delà de l'anneau inguinal interne.

De même que dans les espèces de hernies qu'il nous reste à décrire, nous n'insisterons pas ici sur les autres détails opératoires, sur l'application de l'antisepsie, sur la question de l'opération radicale, du traitement de l'intestin etc. Le lecteur trouvera tous les renseignements nécessaires dans la partie de ce chapitre consacré au traitement des hernies en général (§ 113).

Hernie crurale.

§ 131. — La hernie crurale sort de la cavité abdominale au niveau de l'espace compris entre le ligament de Poupart et le bord correspondant du squelette pelvien, d'une part, et entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine du pubis d'autre part. Au-dessous du pont que forme le ligament de Poupart entre ces deux derniers points du bassin passent à la partie externe les muscles qui servent à la flexion de la cuisse sur le bassin (psoas iliaque), ainsi que le nerf crural. Ces muscles et nerf sont compris dans une loge séparée des vaisseaux, lesquels occupent la partie interne de l'espace limité par l'arcade fémorale, et sont entourés d'une gaine propre résistante de tissu conjonctif (gaine crurale). L'artère fémorale entourée de sa gaine passe en dehors et se trouve en contact avec l'aponévrose du psoas-iliaque. En dedans de l'artère se trouve la veine fémorale; ces deux vaisseaux sont séparés l'un de l'autre par une cloison solide de tissu conjonctif. L'anneau crural qui livre passage à la hernie de même nom, est situé en dedans de la veine, entre cette dernière et les fibres qui du point d'insertion du ligament de Poupart, s'écartent en forme de pinceau pour se continuer avec l'aponévrose pectinéale (ligament de Gimbernat)¹.

C'est par l'anneau crural que passent les vaisseaux lymphatiques qui vont

1. THOMPSON décrit deux cloisons antéro-postérieures partant de l'arcade crurale et se portant en arrière, l'une entre l'artère et la veine, l'autre entre la veine et les lymphatiques, de façon à former trois loges distinctes pour chacun de ces organes. D'après TILLAUX cette description est fantaisiste et basée sur des dissections artificielles; il existe non pas des cloisons distinctes, mais de simples gaines celluleuses entourant chacun des vaisseaux. — Rappelons également que les auteurs français, en général, donnent le nom d'anneau crural à l'orifice limité en avant par le ligament de Poupart, en arrière et en dehors par le muscle psoas-iliaque, en arrière et en dedans par le muscle pectiné. L'anneau crural, d'après la définition de KOENIG, n'est donc que la portion la plus interne de l'anneau crural proprement dit.

(Note du trad.)

de la cuisse dans l'intérieur du bassin; on y trouve constamment un petit ganglion lymphatique (glande de ROSENMULLER). L'anneau est fermé du côté de la cavité abdominale par une sorte de couvercle dépendant du fascia transversalis et consistant en un tissu relativement lâche formé de faisceaux fibreux qui s'entrecroisent dans toutes les directions; c'est à cette cloison que CLOQUET a donné le nom de **septum crurale**.

Les fibres du septum crural se trouvent reliées à un prolongement aponévrotique particulier situé complètement au-dessous de l'arcade crurale, et qui a une importance essentielle au point de vue de l'anatomie des hernies crurales; en effet, au-dessous du ligament de Poupart, le feuillet superficiel du fascia lata présente un bord libre formant un arc de cercle à concavité tournée en dedans; c'est cette disposition que l'on a désignée sous le nom de **repli falciforme** du fascia lata. Les fibres de ce repli, nées de la partie interne du ligament de Poupart, passent en bas sous l'angle d'union de la veine saphène interne et de la veine fémorale. On peut, il est vrai, le scalpel en main, démontrer l'existence d'un bord nettement limité et tranchant, mais en réalité l'aponévrose ne se termine pas ainsi brusquement; elle se continue, en effet, par un feuillet qui s'amincit graduellement de dedans en dehors, c'est-à-dire à mesure qu'il se rapproche du repli falciforme; c'est cette partie amincie qui est perforée d'un grand nombre de petites ouvertures pour le passage de lymphatiques et de veines, et qui a été désignée sous le nom de **fascia cribriformis**. L'endroit où la saphène interne passe sous le repli falciforme, est le centre d'une dépression légère qui à l'état normal est comblée par un certain nombre de ganglions lymphatiques. C'est aussi à ce niveau que se trouve la masse principale de la tumeur herniaire dans les hernies crurales (fovea ovalis).

C'est au-dessous du bord du repli falciforme que la hernie crurale fait son apparition à la partie supérieure de la cuisse.

On désigne sous le nom de **canal crural** le trajet que parcourt la hernie crurale depuis son entrée dans l'anneau crural jusqu'à sa sortie au-dessous du repli falciforme. Ainsi qu'il résulte de notre description, à l'état normal il n'existe pas ici de canal proprement dit, mais seulement un espace fermé en haut par un tissu relativement lâche (septum crurale). Mais il est facile de produire artificiellement un canal; il suffit pour cela d'introduire le doigt sous le ligament de Poupart, en dedans de la veine, de façon à pénétrer dans la cavité abdominale. Si l'on répète cette expérience, mais en direction inverse, le doigt glisse le long de la veine et apparaît au dehors coiffé de la gaine de ce vaisseau¹.

1. Cette description du canal crural diffère totalement de celle que l'on en donne dans les ouvrages français et particulièrement dans le *Traité d'anatomie topographique* de TILLAUX. D'après ce dernier le canal crural présente la forme générale d'une pyramide triangulaire dont les faces sont la prolongation des bords de l'anneau crural (des auteurs français). La paroi antérieure du canal est formée par l'aponévrose d'enveloppe de la cuisse, qui prend à ce niveau le nom de fascia cribriformis; la paroi externe est formée par la gaine du psoas-iliaque, et la paroi interne par l'aponévrose du pectiné. L'extrémité inférieure du canal se continue au-dessous de l'embouchure de la saphène avec la gaine fibreuse commune aux vaisseaux fémoraux.

(Note du trad.)

Conformément à la description de ROSER, nous avons admis que c'est dans l'espace situé en dedans de la veine et formé par les fibres du septum crurale, que les hernies crurales pénètrent pour arriver à la surface, et nous avons seulement ajouté que pour devenir superficielles, elles franchissent le bord du repli falciforme qui constitue l'extrémité inférieure de l'espace en question. Disons toutefois que de l'avis d'un grand nombre de chirurgiens, la hernie crurale s'engage dans l'intérieur de la gaine vasculaire de façon à se trouver directement en contact avec la veine, et qu'elle arrive à la surface par une ouverture de cette gaine, rarement par la voie de la veine saphène elle-même.

Nous accordons volontiers qu'il est difficile de trancher cette question en litige par l'examen anatomique de hernies anciennes. Par contre une raison invoquée par ROSER semble bien plaider en faveur du trajet admis par ce chirurgien, c'est que dans les hernies crurales étranglées on n'observe presque jamais des phénomènes de compression de la veine fémorale (œdème)², et que, par conséquent, ce vaisseau doit être protégé par une gaine fibreuse résistante contre la pression exercée par la masse dure de la hernie.

La hernie crurale est contenue dans un sac fibreux résistant dont la surface interne est lisse et a un aspect presque séreux; ce sac a été désigné pour la première fois par A. COOPER sous le nom de **fascia propria herniæ cruralis**.

Nous avons admis également l'existence de ce **fascia propria** dans la hernie inguinale; cependant nous devons rappeler que, dans cette dernière, on ne voit guère, comme dans la hernie crurale, le fascia en question former une poche complète à paroi interne lisse regardant la paroi externe du sac péritonéal. Le fascia propria de la hernie crurale offre donc quelque chose de particulier; il se compose des fibres du fascia transversalis et de celles du septum crurale, que la hernie refoule devant elle à son passage par l'anneau crural. Ce n'est que lorsque la forte pression d'un bandage a déterminé peu à peu l'atrophie des enveloppes herniaires, que disparaissent le tissu conjonctif sous-cutané recouvrant la hernie ainsi que la cavité bien formée qui sépare le fascia propria du sac herniaire; les deux sacs contractent, en effet, entre eux des adhérences, de sorte qu'une incision pratiquée sans précaution peut ouvrir d'emblée la cavité séreuse (LINHART).

C'est dans la poche formée par le fascia propria que se trouve enfermée le sac herniaire. Très souvent ce dernier se reconnaît à un amas de tissu adipeux plus ou moins compact, qui s'étend en dehors sur les vaisseaux, et qui souvent peut être reconnu déjà à travers la peau. Dans notre description générale des hernies nous avons, à l'exemple de ROSER, fait jouer un rôle essentiel à ce lipome sous-séreux dans la patho-

1. MALGAIGNE a prétendu que les individus affectés de hernie crurale présentent souvent, le soir, de l'œdème du pied correspondant.

KÖNIC