

au contraire, chez les vieillards, elle se montre avec les caractères d'une hernie de faiblesse.

*Symptômes.* — La hernie inguinale se présente sous la forme d'une tumeur molle, dépressible, réductible en produisant un bruit de gargouillement, située sur le trajet du cordon spermatique. Sonore, si elle contient de l'intestin; mate, quand elle renferme de l'épiploon, elle présente tous les caractères communs à toutes les hernies. Sa forme, son volume et sa direction varient suivant la variété à laquelle on a affaire et suivant son degré de développement.

Si nous prenons pour type la variété la plus fréquente, la hernie oblique externe, dans le cas de pointe de hernie, on constate une tumeur petite, arrondie, n'apparaissant guère que pendant la toux et faisant alors saillie au-dessus et en dehors de l'anneau inguinal externe. Lorsqu'elle devient interstitielle, elle forme une tumeur ovoïde, allongée, parallèle à l'arcade crurale qu'elle longe. Quand elle est inguino-pubienne elle présente, en outre, une portion ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas, et sortant à travers l'anneau inguinal externe. Après la réduction, le doigt s'introduit facilement dans l'anneau ordinairement dilaté.

Enfin, si elle devient scrotale, elle forme une tumeur allongée, pyriforme, à grosse extrémité inférieure, distendant la moitié du scrotum dans laquelle elle se loge, et le plus souvent, facile à séparer du testicule ordinairement situé au-dessous. Quand la hernie est très volumineuse, et surtout quand elle est double, elle semble attirer vers l'abdomen la peau du scrotum et de la verge. Le pénis disparaît alors dans la masse de la tumeur et l'urèthre s'ouvre dans une dépression plus ou moins profonde qui n'est autre que le prépuce.

La hernie inguinale directe n'atteint jamais un volume aussi considérable. Ordinairement petite, au lieu d'être couchée obliquement dans l'épaisseur de la paroi, elle est antéro-postérieure et siège au niveau de l'épine du pubis.

La hernie oblique interne a un pédicule qui est oblique en dedans et en haut; elle est, comme la précédente, peu volumineuse, et paraît plutôt se diriger vers la racine de la cuisse.

Les hernies inguinales ne présentent que peu de troubles fonctionnels, quelquefois même aucun. Cependant, souvent la pression du bandage y détermine des douleurs névralgiques plus ou moins intenses qui paraissent dues à la compression des nombreuses branches nerveuses de la région. Enfin, les hernies très volumineuses, et surtout celles qui par leur volume ont perdu droit de domicile dans l'abdomen, amènent une très grande gêne dans les mouvements et dans la marche, quelquefois même une véritable impotence fonctionnelle, ainsi que des coliques et des troubles digestifs assez marqués.

*Diagnostic.* — Le diagnostic des hernies inguinales est d'ordinaire

assez facile. Elles ne pourront guère être confondues qu'avec les tumeurs réductibles du pli de l'aîne : le varicocèle, l'hydrocèle congénitale, les abcès par congestion et certaines tumeurs en partie réductibles du cordon.

Le varicocèle constitue une masse moins nette que celle de la hernie; en le palpant il donne la sensation d'un paquet de ficelles. Enfin il est plus facilement réductible que la hernie, et après la réduction il se reproduit de suite, surtout quand on maintient le doigt exactement dans l'anneau.

L'hydrocèle, ordinairement irréductible, ne se confond pas avec la hernie. Seule l'hydrocèle congénitale pourrait en imposer, et comme il y a certaines hernies, surtout la variété d'Astley Cooper, qui coexistent avec une hydrocèle, la transparence et la réductibilité du liquide ne sont pas toujours des caractères distinctifs suffisants. La sonorité, le gargouillement, la découverte du pédicule herniaire dans l'anneau, et l'examen détaillé de chaque signe permettront d'ordinaire de faire le diagnostic.

Les abcès par congestion se distinguent de la hernie inguinale par la matité de la tumeur, l'existence ordinaire d'une poche iliaque, le mode de réduction et de reproduction de la tumeur sans effort, et enfin la présence de douleurs au niveau du foyer des lésions osseuses.

Certaines tumeurs du cordon, en partie réductibles, telles que l'hématocèle du cordon et l'hydrocèle diffuse, peuvent être confondues avec la hernie inguinale. Elles s'en distinguent d'ordinaire par les caractères suivants : forme de la tumeur plus volumineuse en bas, propriété qu'elle possède de se déformer sous l'influence de la pression (surtout l'hydrocèle diffuse), et enfin réductibilité partielle et non totale.

Le diagnostic du degré de la hernie résulte des signes physiques que nous avons énumérés en décrivant les symptômes. Quant au diagnostic du contenu, il est quelquefois plus difficile. Cependant, l'entérocéle et l'épiplocèle se présentent ici avec leurs caractères ordinaires et seront le plus souvent assez faciles à distinguer. La présence de la vessie se reconnaît à ses changements de volume après la miction ou le cathétérisme, à l'envie d'uriner que ressent le malade, quand on comprime la hernie, etc. Quant à distinguer si l'anse intestinale herniée appartient au gros ou au petit intestin, il est souvent presque impossible d'y arriver.

Il est quelquefois très difficile de reconnaître si une hernie est congénitale ou acquise. Ce diagnostic se base sur l'âge du malade, les commémoratifs, l'état du testicule et sa position par rapport à la tumeur. Dans les cas où une hernie se montre avec un testicule ectopié, il est à peu près certain que l'on est en présence d'une hernie congénitale.



Le diagnostic des variétés oblique externe, directe ou oblique interne est quelquefois très malaisé, mais il se fait par l'examen minutieux des signes physiques de la tumeur et surtout de la direction et du siège du pédicule.

Quant au diagnostic des variétés rares, telles que les hernies enkystées, les propéritonéales, les inguino-insterstitielles, les hernies avec ectopie testiculaire, il est souvent extrêmement difficile. Un chirurgien instruit et prévenu pourra, dans quelques cas et grâce à la constatation de certains caractères particuliers, arriver à en soupçonner l'existence; mais le plus souvent, ce sont des variétés que l'on découvre au cours de la kélotomie, sans que les signes cliniques distinctifs soient suffisants pour mettre sûrement sur la voie de la vérité. Il faut ajouter, du reste, que la plupart de ces hernies rares n'ont été observées qu'à l'état d'étranglement.

*Pronostic.* — Le pronostic de la hernie inguinale est variable suivant que l'on le considère au point de vue de la guérison possible ou des dangers qu'elle peut amener pour le malade.

Les hernies du premier âge, petites, même les hernies congénitales quand elles sont simples, les hernies récentes, celles qui s'observent pendant la première et la seconde enfance, peuvent guérir, surtout si elles sont constamment et bien maintenues par un bon bandage. Les hernies de l'âge adulte sont rarement susceptibles de guérison. Les hernies de la vieillesse et surtout les hernies de faiblesse sont toujours incurables. Leur pronostic est toujours fâcheux : la hernie constitue en effet alors une véritable infirmité, à cause de sa tendance à l'accroissement graduel, de son volume parfois énorme, de sa sensibilité.

De plus, toutes les hernies inguinales, principalement celles des adultes et de la seconde enfance, de petit et de moyen volume, sont susceptibles de s'enflammer, de s'étrangler surtout et par suite de causer la mort du malade. Les grosses hernies, principalement chez les vieillards, sont moins sujettes à ces accidents, bien qu'on les y observe dans certains cas.

**Traitement.** — La hernie des jeunes enfants, congénitale ou non, est susceptible de guérir complètement par le port continu d'un bon bandage. Le brayer métallique ne doit être appliqué que chez les enfants au-dessus d'un an. Avant cet âge une ceinture molle est suffisante. Pour obtenir la guérison, le bandage doit être appliqué continuellement, jour et nuit. Il ne doit être sorti que pour les soins de propreté, et doit être remplacé immédiatement en ayant soin, chaque fois que l'on y touche, de s'assurer que la hernie est bien réduite, ou de la réduire si par hasard elle s'était reproduite.

Si la hernie est petite ou tout au moins de moyen volume, chez l'adulte ou chez le vieillard, il faudra toujours la maintenir réduite avec un bandage bien fait, et nous conseillons, au moins pour les cas

ordinaires, le bandage français avec sous-cuisses. Dans ces cas, le traitement devient tout à fait palliatif et non curatif comme précédemment : le brayer pourra donc être seulement gardé le jour.

Si la hernie est volumineuse, on pourra mettre en usage un bandage à pelote triangulaire ou même un bandage anglais. Dans certains cas de hernies difficiles à réduire ou plutôt à maintenir, on se trouvera bien de l'emploi du bandage rigide de Dupré. Lorsque, surtout chez les jeunes gens, la hernie se complique d'ectopie inguinale du testicule, on devra employer un bandage avec une pelote échancrée faite sur mesure et capable de contenir la hernie sans blesser la glande séminale.

Dans certains cas enfin, on peut être amené à pratiquer la cure radicale de la hernie inguinale. Les indications principales en sont : l'incoercibilité résultant soit du volume considérable de la tumeur, soit d'une sensibilité exagérée empêchant le port d'un bandage; l'existence de troubles fonctionnels ou douloureux tels que la hernie soit une infirmité réelle; enfin la menace incessante d'accidents d'étranglement. Lorsque la cure radicale s'adresse à une hernie congénitale avec ectopie testiculaire, le chirurgien sera quelquefois obligé de sacrifier le testicule ectopié; dans d'autres cas, il pourra et devra essayer de maintenir le testicule au fond des bourses à l'aide d'un point de suture portant sur l'albuginée ou le ligament du testicule. Enfin, parfois, certains chirurgiens ont essayé avec succès de reconstituer une vaginale à l'aide de la portion inférieure du sac herniaire.

## 2° HERNIES INGUINALES IRRÉDUCTIBLES.

Les hernies inguinales peuvent devenir irréductibles soit à cause de leur volume, soit à cause d'adhérences, soit encore par suite de certaines dispositions particulières du péritoine.

Les hernies qui par leur volume ont perdu droit de domicile dans la cavité abdominale sont toujours ou presque toujours des hernies inguinales unilatérales ou bilatérales. Elles sont ordinairement extrêmement volumineuses, molles, et passent à travers des anneaux très dilatés, admettant facilement deux ou trois doigts. Primitivement obliques externes, elles sont peu à peu devenues directes. Constituées par des quantités considérables d'intestin et d'épiploon, elles présentent au milieu d'anses intestinales très mobiles, molles et élastiques, des noyaux indurés, de nombre et de forme très variables, qui révèlent l'existence de portions d'épiploon enflammé et augmenté de volume. Ces hernies ne sont pas toujours absolument irréductibles. Si l'on essaye de pratiquer le taxis, on s'aperçoit que parfois les anses intestinales rentrent assez facilement dans l'abdomen, et que dans certains cas l'épiploon seul est irréductible.



Souvent, la réduction de la hernie est possible, mais la contention en est impossible. Tantôt alors, à mesure que l'on réduit les anses intestinales, d'autres portions de l'intestin se glissent dans la hernie et remplacent celles que l'on vient de rentrer; tantôt la hernie se laisse réduire, et si on place sur l'orifice une pelote de bandage quelle qu'elle soit, elle se reproduit en glissant au-dessous du bandage sans effort, sitôt que le malade se met dans la station verticale. Ces hernies sont donc plutôt incoercibles qu'irréductibles. Ce sont ordinairement, de toutes les hernies inguinales, celles qui sont le plus douloureuses et s'accompagnent des troubles fonctionnels les plus marqués. Pour tout traitement, elles demandent l'application d'un suspensoir bien fait, qui empêche leur accroissement et les maintienne suffisamment pour diminuer les douleurs et les coliques.

L'irréductibilité par adhérences anciennes s'observe très souvent dans les hernies inguinales vieilles et un peu volumineuses. Nous ne reviendrons pas sur l'étude de ces adhérences reliant soit les anses intestinales entre elles, soit l'épiploon avec l'intestin ou avec le sac. Toutes les dispositions que nous avons décrites dans l'étude des hernies en général peuvent s'observer dans les hernies inguinales. Ces adhérences s'établissent par poussées successives qui se caractérisent chacune par des phénomènes douloureux et une tension plus marquée de la tumeur, et qui se calment à l'aide de repos et de cataplasmes. Ces hernies adhérentes sont souvent très sensibles et supportent mal le bandage, qui, du reste, doit être presque toujours à pelote concave. Dans ce cas, on aura souvent recours à la cure radicale, dont l'exécution sera souvent très difficile à cause des dispositions plus ou moins compliquées des adhérences. Cependant, lorsque l'on parvient à surmonter les difficultés opératoires, ce mode de traitement peut donner des succès très remarquables. A côté des adhérences, nous devons noter, parmi les causes d'irréductibilité, ces adhérences fausses ou charnues signalées principalement dans les hernies du cæcum et de l'S iliaque. On désigne sous ce nom la descente dans le sac du méso de ces portions intestinales, dont la présence rend la réduction impossible et qui peut être, au cours de la kélotomie ou de la cure radicale, la source de sérieuses difficultés.

### 3° HERNIES INGUINALES ÉTRANGLÉES.

La hernie inguinale paraît s'étrangler moins souvent que la hernie crurale; cependant, certaines de ses variétés semblent devoir être plus fréquemment atteintes d'étranglement, comme les inguino-interstitielles, par exemple. Certaines autres, comme les propéritonéales, n'ont jamais été observées qu'à l'état d'étranglement.

Dans les variétés communes, l'agent de l'étranglement est le plus souvent le collet du sac. Néanmoins, dans quelques cas, les anneaux

fibreux jouent un rôle très important, principalement dans les hernies récentes qui s'étrangent au moment de leur production. C'est surtout alors, au niveau de l'anneau inguinal profond, que se trouve l'obstacle véritable: il est très rare que la hernie soit étranglée par l'anneau inguinal superficiel. Dans les hernies anciennes volumineuses, où les anneaux sont très dilatés et où le trajet semble réduit à un seul orifice, l'étranglement a toujours lieu par le collet, qui siège alors au niveau de cet orifice fibreux unique.

Dans les cas de hernie congénitale, l'étranglement a presque toujours lieu au niveau de ces valvules ou diaphragmes qui existent sur le trajet péritonéo-vaginal; mais, le plus souvent, c'est au niveau du rétrécissement le plus profond, c'est-à-dire de celui qui répond à l'anneau inguinal interne.

Dans certains cas, l'agent de la constriction s'observe au niveau du point rétréci qui fait communiquer le canal péritonéo-vaginal avec la tunique vaginale. Cependant, il peut se produire sur toute l'étendue du canal séreux au niveau des points rétrécis, tantôt à l'orifice inguinal profond, tantôt à l'anneau externe, tantôt ailleurs; dans certains cas même, il y a plusieurs rétrécissements et partant plusieurs agents d'étranglement.

Enfin, lorsqu'il y a ectopie testiculaire, le testicule peut concourir à augmenter l'étranglement, soit en produisant lui-même la constriction intestinale, soit, et plus souvent, en s'opposant à la réduction de la hernie par le taxis.

Dans les hernies inguino-interstitielles, l'étranglement siège toujours très haut, et fort probablement au niveau de l'orifice inguinal profond. Dans les hernies propéritonéales, c'est toujours au niveau de l'orifice qui unit la partie profonde du sac avec la cavité péritonéale que siège la cause de l'irréductibilité.

Enfin, dans les vieilles hernies anciennement irréductibles, par adhérence, on peut voir quelquefois l'étranglement causé dans l'intérieur du sac par des fausses membranes, ou des brides épiploïques; c'est surtout dans ces cas que l'on peut se trouver en présence de l'étranglement intrasacculaire.

Quant aux lésions de l'intestin et de l'épiploon, aux lésions anatomiques de l'étranglement dans les hernies inguinales, elles sont exactement semblables à celles que nous avons décrites dans les hernies en général, il n'est pas besoin d'y revenir.

*Symptômes et diagnostic.* — Nous n'insisterons pas longuement sur les signes de l'étranglement dans les hernies inguinales, car ils ne présentent rien de particulier. Ce sont ceux que l'on retrouve partout: du côté de la tumeur, tuméfaction, douleur vive, surtout au niveau du pédicule, irréductibilité; du côté du ventre, douleur irradiée, ballonnement secondaire, tympanisme, nausées et vomissements, alimentaires



d'abord, puis successivement muqueux, bilieux, fécaloïdes; constipation opiniâtre, etc., etc., et des signes généraux, troubles nerveux, algidité, troubles respiratoires, etc.

L'étranglement dans les hernies inguinales est tantôt à marche rapide, tantôt à marche lente: cette dernière variété clinique s'observe surtout dans les grosses entéro-épiplocèles anciennement irréductibles. D'ordinaire cependant, les lésions intestinales ne marchent pas aussi vite que dans les hernies crurales.

Le diagnostic de l'étranglement inguinal est le plus souvent assez facile à cause de la netteté des symptômes, et de la marche franche de l'étranglement.

Cependant, certaines tumeurs enflammées et douloureuses de la région peuvent provoquer des signes rationnels qui se rapprochent de ceux de l'étranglement et des erreurs deviennent alors possibles. Ce sont les phlegmasies et les abcès du pli de l'aîne, les adénites inguinales, les tumeurs gommeuses, l'hématocèle et enfin certaines maladies du cordon spermatique telles que la funiculite simple ou phlegmoneuse, et la phlébite du plexus pampiniforme. Cependant, l'examen détaillé des signes physiques, la présence ordinaire de phénomènes inflammatoires plus marqués que ceux de l'étranglement, l'absence de l'ensemble des signes fonctionnels, permettront la plupart du temps d'établir un diagnostic précis. D'ailleurs, dans le cas de doute, il vaudrait mieux se prononcer en faveur de l'étranglement, et agir en conséquence, que de méconnaître un étranglement véritable. Mais, parmi toutes ces tumeurs, celles qui peuvent le plus facilement induire en erreur sont les kystes enflammés du cordon, susceptibles dans certains cas de s'accompagner de hernies. Il sera difficile alors, à moins d'un examen très minutieux, de faire la part des signes qui appartiennent au kyste et de ceux qui sont sous la dépendance de la hernie.

L'inflammation du testicule en ectopie inguinale peut provoquer des accidents qui ressemblent tout à fait à ceux de l'étranglement, et l'erreur sera d'autant plus difficile à éviter qu'il existe souvent en même temps une hernie qui pourrait être le siège d'un véritable étranglement.

La hernie étant reconnue, il sera quelquefois nécessaire, surtout si elle est interstitielle ou inguino-pubienne, de la distinguer avec soin d'une hernie crurale étranglée. On trouvera plus loin, au chapitre consacré à la hernie crurale, les éléments de ce diagnostic.

Mais un point peut-être plus délicat, c'est de savoir si l'on a affaire à une hernie inguinale commune ou à une hernie congénitale. Or ce diagnostic est aussi difficile, au moins, pour les hernies étranglées que pour les réductibles. Il faut savoir d'abord que ce sont surtout les hernies congénitales qui s'étranglent au moment où elles se produisent. Ensuite, l'étude de la situation du testicule et de ses rapports avec la

hernie pourra aussi fournir des indices précieux. Quant au diagnostic de certaines variétés particulières, il est souvent très délicat, et même impossible. Dans la hernie funiculo-testiculaire étudiée par Trélat, il existe, d'après lui, certains signes qui permettront de la reconnaître: étranglement très accusé, tumeur molle et sonore très facilement réductible, mais se reproduisant non moins facilement, entraînement du testicule, persistance des phénomènes d'étranglement. Dans la hernie inguino-interstitielle, on retrouve, avec les symptômes ordinaires de l'étranglement, les signes physiques que nous lui avons déjà assignés plus haut. Quant à la hernie propéritonéale, elle n'a, dans la plupart des cas, été reconnue que pendant la kélotomie. Pour le diagnostic de l'agent de l'étranglement, ou de l'étendue et de la gravité des lésions viscérales, nous n'avons rien à dire de plus que ce qui a été indiqué précédemment.

*Pronostic.* — Le pronostic de l'étranglement dans les hernies inguinales est celui de l'étranglement en général, au moins pour les hernies communes.

Ici, comme ailleurs, les accidents paraissent plus redoutables dans les hernies petites et récentes que dans celles qui sont anciennes et volumineuses.

Cependant, si l'on est en présence d'une hernie congénitale, le pronostic paraît particulièrement grave; car, ordinairement, la constriction est plus étroite et plus complète, les lésions intestinales sont plus rapides et plus étendues, surtout à cause de l'absence fréquente de l'épiploon. Enfin, dans la plupart des cas à cause de la nature et du siège de l'étranglement, le taxis sera absolument impuissant, ce qui contribue encore à assombrir le pronostic.

*Traitement.* — Les indications thérapeutiques, qui amèneront l'emploi du taxis ou celui de la kélotomie, sont, d'ordinaire, celles qui ont été tracées à propos de l'étranglement en général; nous ne les reprendrons pas en détail. Mais nous devons insister seulement sur certaines particularités thérapeutiques propres à la hernie inguinale.

Il est, en effet, certains cas de hernie inguinale dans lesquels il faut limiter d'une façon considérable l'usage du taxis. Si la hernie est petite, entièrement intestinale, étranglée au moment de sa production, et surtout si on a des raisons de croire qu'elle est congénitale, il ne sera permis de tenter le taxis, que dans les premières heures de l'étranglement. Encore faudra-t-il le pratiquer sous le chloroforme et sans y insister beaucoup, car ce sont ces cas qui fournissent surtout les fausses réductions et les réductions en masse. Si la hernie congénitale était compliquée d'ectopie testiculaire, le taxis serait même absolument contre-indiqué. Dans tous ces cas il n'y a qu'un traitement vraiment rationnel: kélotomie rapide avec ouverture du sac.

Si au contraire on a affaire à une hernie ancienne, chez un homme



déjà âgé, et que les accidents ne datent pas de plus de trois jours, on doit pratiquer un taxis en règle, anesthésique, prolongé. C'est surtout en effet dans les hernies inguinales de moyen et de gros volume que le taxis donne des résultats excellents, ainsi qu'il résulte en particulier des statistiques de Gosselin. Toutes les manœuvres adjuvantes seront ici permises, inversion, bande de caoutchouc, glace, etc., et cela dans les limites que nous avons tracées pour ces moyens à propos des hernies en général. D'une manière générale, on peut établir en principe que la durée du taxis et l'intensité des efforts seront en raison inverse de la durée de l'étranglement.

Dans tous les autres cas la kélotomie devra être mise en usage. Et si l'on peut ici la retarder davantage que dans les autres variétés de hernie, il faudra néanmoins se souvenir que l'opération relativement précoce est toujours celle qui donne les plus nombreux succès. Il sera toujours nécessaire de pratiquer la kélotomie avec ouverture du sac, à cause de la fréquence de l'étranglement par le collet et du siège ordinairement très élevé de l'agent constricteur. Étant donnés la situation de l'artère épigastrique et les rapports artériels anormaux qui peuvent exister, le débridement doit se faire soit directement en haut, soit, mieux encore, en haut et en dehors. Mais ici aussi les débridements multiples et peu étendus devront être préférés. Dans certaines variétés telles que l'inguino-interstitielle ou la hernie propéritonéale, le chirurgien sera forcé d'inciser la paroi antérieure du canal inguinal et de substituer ainsi à la kélotomie ordinaire une véritable hernio-laparotomie.

Ici, comme ailleurs, nous n'hésitons pas à conseiller la cure radicale comme complément de la kélotomie. Il faudra néanmoins se souvenir que cette opération peut présenter des difficultés nombreuses dans certains cas, surtout pour arriver à la dissection totale du sac herniaire. Il se produit fréquemment, en effet, pendant ce temps opératoire, des blessures des vaisseaux du cordon, alors surtout qu'ils sont éparpillés autour du sac, qui peuvent compromettre l'avenir du testicule. Dans certains cas et principalement dans les hernies congénitales, cette dissection complète est parfois restée impossible. Enfin, si la hernie étranglée s'accompagne d'ectopie testiculaire, souvent le chirurgien se voit obligé de sacrifier la glande séminale.

## § 2. — Hernies crurales.

On désigne sous le nom de hernies crurales ou crurocèles, celles qui sortent du ventre par l'anneau crural, c'est-à-dire par l'orifice qui existe au-dessous de l'arcade de Fallope entre ce ligament et le pubis.

L'échancrure antérieure du bassin se trouve convertie en un trou ovalaire par l'arcade de Fallope qui s'insère en dehors à l'épine iliaque an-

térieure et supérieure et en dedans à l'épine du pubis. Ce vaste espace est converti en un pont à deux arches par la bandelette iléo-pectinée qui descend à peu près de la partie moyenne pour venir s'insérer sur l'éminence iléo-pectinée. L'arche externe est remplie par le muscle psoas qui la traverse, accompagné du nerf crural. Elle n'a aucun rapport avec la hernie crurale. L'arche interne est de forme triangulaire, à base tournée vers le ligament de Fallope. Son angle interne, le plus aigu, est occupé par le ligament de Gimbernat, lame fibreuse triangulaire à base curviligne concave tournée vers l'anneau crural et le limitant en dedans. L'angle externe est occupé par l'artère et la veine fémorale, qui le traversent pour aller de l'abdomen à la cuisse. On désigne sous le nom d'anneau crural l'espace qui existe entre la veine en dehors, et le bord concave du ligament de Gimbernat.

Cet orifice, occupé à l'état normal par un tissu cellulaire lâche, dans lequel on trouve des vaisseaux lymphatiques, est fermé du côté de l'abdomen par une lame cellulaire mince (septum crural) insérée en haut sur le ligament de Fallope, en bas sur la veine fémorale. C'est par cet espace que s'engagent les viscères qui forment la hernie crurale.

Cet orifice est l'ouverture supérieure d'une sorte d'entonnoir, ou cavité infundibuliforme, situé en dedans des vaisseaux fémoraux, rempli par de la graisse et des ganglions lymphatiques; cette cavité est l'entonnoir crural du professeur Richet. Son sommet fermé aboutit à l'embouchure de la veine saphène interne dans la veine crurale. La paroi antérieure est formée par une lame aponévrotique très mince garnie de nombreux trous, constituée par le fascia cribriformis de Hesselbach. D'après Gosselin, les viscères de la hernie crurale s'engageraient souvent dans ces orifices, qui seraient fréquemment les véritables agents d'étranglement.

### 1° HERNIES CRURALES RÉDUCTIBLES.

La hernie crurale présente des variétés communes et des variétés rares ou exceptionnelles; les premières suivent exactement le trajet crural, les autres s'en écartent par leur origine, leur trajet ou leur terminaison.

1° *Hernie crurale commune.* — Elle sort de l'abdomen en refoulant le septum crural et s'engage dans l'anneau crural proprement dit en passant entre la veine fémorale qu'elle laisse en dehors et le bord externe du ligament de Gimbernat situé en dedans. Après avoir franchi l'anneau, elle s'engage dans l'entonnoir fémorali-vasculaire en suivant le bord interne de la veine au-dessous du fascia cribriformis. Arrivée à ce point, la plupart des auteurs admettent, avec Gosselin, qu'elle devient sous-cutanée en s'engageant dans un des nombreux trous du fascia cribriformis.