

formis. Pour Peyrot au contraire, tout le fascia serait refoulé avec la hernie et se tasserait à sa partie supérieure ou il se confond en s'épaississant avec l'anneau crural. Ce refoulement serait la conséquence de la tendance qu'a la hernie à remonter par sa partie terminale vers l'arcade crurale.

On désigne sous le nom de pointe de hernie celle qui est seulement engagée dans l'anneau, de hernie interstitielle celle qui est encore contenue dans l'entonnoir membraneux, et de hernie complète celle qui est devenue sous-cutanée. Du reste, ces distinctions n'existent que pour les hernies récentes. Dans les hernies anciennes, tout le trajet est confondu en un seul orifice.

Les enveloppes de la hernie sont constituées superficiellement par la peau, légèrement distendue, le fascia superficialis et le sac herniaire. Au-dessous de la peau, le tissu cellulaire plus ou moins épais forme des couches assez nombreuses et se divise en un nombre variable de feuillets très amincis. Le fascia superficialis lamelleux qui adhère à l'aponévrose fémorale au-dessous de la fosse ovale porte de ce côté la masse de la hernie, qui, pour se développer, remonte alors vers l'arcade crurale. On trouve dans ces couches cellulaires quelques rameaux veineux, des ganglions lymphatiques, et souvent des kystes séreux, plus fréquents ici que dans les autres hernies.

Fréquemment il existe, entre le sac et le fascia, un lipome herniaire, provenant de la graisse sous-péritonéale, et dont la présence a été considérée comme une des causes de formation de la hernie crurale.

Enfin le sac herniaire, tantôt mince, tantôt assez épaissi et gras, se forme à la fois par locomotion et par distension. Le collet, souvent assez complet, se trouve toujours au niveau de l'anneau crural. Il est en rapport : en haut, avec l'arcade crurale et par son intermédiaire avec le cordon spermatique chez l'homme ou le ligament rond chez la femme ; en dehors, avec la veine fémorale ; en bas, avec le pubis ; en dedans, avec le bord interne du ligament de Gimbernat. Il affecte, en outre, des rapports vasculaires importants qu'il faut connaître d'une manière précise.

L'artère épigastrique, qui est située à la partie supérieure et externe de l'anneau en arrière de l'arcade crurale, envoie constamment à l'artère obturatrice un petit rameau grêle qui, descendant en arrière du ligament de Gimbernat, contourne le bord interne de l'anneau crural. Souvent cette branche anastomotique prend un volume assez considérable pour être regardée comme l'origine de l'artère obturatrice qui naîtrait alors par un tronc commun à cette artère et à l'épigastrique provenant de l'iliaque externe. Si ce tronc commun est long, l'artère obturatrice, se détachant de l'épigastrique, se dirige en dedans puis en bas, passe au-dessus puis en dedans du collet du sac appliqué contre la face postérieure du ligament de Gimbernat ; elle entoure alors la moi-

tié interne de l'orifice crural dans un demi-cercle presque complet. Si, au contraire, le tronc commun est court, l'artère obturatrice se dirige presque directement de haut en bas et elle se trouve dans ce cas en dehors du collet du sac herniaire. Ces anomalies artérielles doivent être connues afin d'éviter, dans la kéléotomie, de porter le bistouri sur les points où le chirurgien risque de rencontrer et de blesser l'un de ces vaisseaux.

Le contenu de la hernie est tantôt de l'intestin, tantôt de l'intestin et de l'épiploon. La partie intestinale le plus souvent herniée est l'intestin grêle, mais comme les hernies crurales sont d'ordinaire peu volumineuses, il est rare de trouver plusieurs anses intestinales dans le sac. Quelquefois même on n'y rencontre qu'une portion de l'anse intestinale ; les pincements herniaires sont, en effet, plus fréquents ici que dans les autres hernies.

La présence de l'épiploon y est moins fréquente que dans les hernies inguinales et surtout dans les hernies ombilicales de l'adulte. Exceptionnellement on a pu rencontrer dans ces hernies d'autres viscères abdominaux ; quelquefois le cæcum, et surtout l'ovaire et la trompe. L'ovarioncèle crurale est au moins aussi fréquente que l'inguinale. Enfin, quelquefois mais très rarement, la hernie crurale peut contenir un testicule ectopié (1 cas).

2° *Variétés rares de la hernie crurale.* — Les variétés exceptionnelles peuvent tenir à des différences, soit dans l'origine de la hernie, soit dans le trajet, soit dans la terminaison ou bien encore dans les dispositions du sac.

α. Variétés d'origine. — Quelquefois la hernie, au lieu de sortir de l'abdomen par la fossette crurale, gagne l'anneau crural en passant en dehors de l'artère épigastrique, repoussant le péritoine au niveau de la fossette inguinale externe. On la désigne alors sous le nom de hernie crurale externe.

D'autres fois, la hernie s'engage en traversant la fossette vésicopubienne, elle gagne alors l'anneau crural en passant en dedans de l'artère ombilicale. On désigne cette variété du nom de hernie crurale interne.

β. Variétés de trajet. — Quelquefois la hernie, au lieu de passer dans l'espace qui sépare la veine crurale du bord externe du ligament de Gimbernat, gagne l'entonnoir fémoral-vasculaire, en passant à travers le ligament de Gimbernat par un orifice creusé dans ce ligament. Cette variété est connue sous le nom de hernie de Laugier. On trouve alors, toujours, une bandelette fibreuse qui sépare le collet des vaisseaux iliaques externes qu'elle embrasse par sa concavité. Elle répond exactement au bord interne de ce ligament. Dans ce cas, la hernie, après avoir franchi l'anneau, se dirige en dedans, s'éloignant ainsi de la veine fémorale. Pour Loumeau, ce serait la seule variété crurale externe.

On peut ranger dans ce groupe de variétés de trajet la hernie de Partridge, dont il n'existe du reste qu'une seule observation, et dans laquelle la hernie passait en dehors de l'artère fémorale et rejetait celle-ci en dedans pour se loger entre elle et la bandelette pectinéale.

γ. *Variétés de terminaison.* — La plus fréquente des anomalies de terminaison est celle dans laquelle la hernie, après être sortie par l'anneau crural, se dirige en arrière et en dedans, traverse l'aponévrose pectinéale et se place au-dessous de cette aponévrose en contact avec les fibres du muscle pectiné. Cette variété, dite hernie pectinéale, est encore dénommée hernie de J. Cloquet, qui l'a le premier bien décrite. Ce serait, d'après Louveau qui en a réuni 7 observations, la moins exceptionnelle des variétés rares. Dans son trajet en bas et en arrière, cette hernie décrit une courbe dont la concavité postérieure embrasse la branche transversale du pubis.

A côté nous devons signaler la hernie de Béclard, dans laquelle le sac s'effilant traverse le fascia cribriformis, non point en passant à travers un de ses nombreux orifices, mais en s'engageant dans l'ouverture qui livre passage à la veine saphène. Comme à ce niveau il existe une adhérence intime entre l'aponévrose superficielle et l'aponévrose cribriforme, il y a là un obstacle qui explique la rareté extrême de cette variété.

Enfin notons encore la hernie de Velpeau. Dans celle-ci, l'intestin se portant vers la partie externe du trajet herniaire traverse la mince cloison qui sépare les vaisseaux du siège ordinaire des hernies, ou du moins la repousse vers le dehors, se plaçant ainsi au-devant des vaisseaux cruraux et pouvant arriver au contact de la bandelette iléopectinée. La hernie occupe alors à la fois les loges lymphatique, veineuse et artérielle.

δ. *Variétés dans la disposition du sac.* — Le sac peut affecter plusieurs dispositions très différentes. En premier lieu, se place la hernie à double sac, dans laquelle il y a à proprement parler deux hernies, c'est-à-dire deux sacs complets, distincts l'un de l'autre et sortant tous deux par des orifices différents du fascia cribriformis. A côté peut se mettre la hernie bilobée. Dans celle-ci, le fond du sac se trouve partagé en deux lobes par une bride fibreuse qui en gêne le développement. Mais cette variété se distingue de la précédente en ce qu'il n'y a primitivement qu'un seul sac et par conséquent qu'un seul collet.

Notons encore deux variétés très voisines l'une de l'autre : la hernie d'Hesselbach et celle d'Astley Cooper. Dans la première, le sac, après avoir parcouru le trajet ordinaire de la hernie commune, se divise en diverticules multiples qui sortent de la fosse ovale par plusieurs orifices du fascia cribriformis, un peu au-dessus et en avant de la veine saphène.

Dans la hernie d'Astley Cooper, le sac à collet unique envoie encore des prolongements multiples, mais ceux-ci, allant plus loin que les pré-

cédents, traversent par plusieurs orifices le fascia superficialis. Ces deux variétés sont très rares.

Nous devons, en terminant, signaler la possibilité de hernies crurales sans sac, qui sont ordinairement des hernies du cæcum avec ou sans son appendice; de hernies à sac diverticulaire ou latéral; de hernies à collets multiples et superposés. Enfin, il existe dans la science un cas de hernie cruro-pro-péritonéale, due à Tessier (1834).

Étiologie. — La hernie crurale est beaucoup plus rare que la hernie inguinale; on l'observe beaucoup plus rarement chez l'homme que chez la femme, chez laquelle c'est la hernie la plus fréquente.

Elle est toujours accidentelle, jamais congénitale. Elle apparaît d'ordinaire dans l'âge adulte. La grossesse et l'accouchement paraissent en être les principales causes déterminantes, bien qu'elle puisse aussi exister en dehors de ces conditions. Quoi qu'il en soit, ces causes semblent agir par la distension du ventre ou par la disparition de la graisse de l'entonnoir crural. D'autres fois elles semblent provoquer la formation d'une hernie graisseuse qui sera suivie plus tard d'une hernie intestinale.

Symptômes. — La hernie crurale irréductible, ordinairement peu volumineuse, se manifeste sous la forme d'une petite tumeur plus ou moins nettement circonscrite soulevant la région normalement déprimée du triangle de Scarpa. Ordinairement, elle est peu visible et ne peut être aperçue que par la palpation, surtout si le sujet est chargé d'embonpoint.

A la palpation, on trouve une petite tumeur arrondie dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf de poule; on l'a souvent comparée à un marron. Elle est à peu près constamment sphérique; quelquefois, quand elle est un peu volumineuse, elle est allongée et tend à remonter au-dessus de l'arcade crurale. Elle présente tous les caractères des hernies réductibles: souplesse, élasticité, impulsion communiquée par l'effort, réductibilité facile ordinairement accompagnée de gargouillements. Dans ce cas elle est sonore à la percussion, ce qui dénote la présence de l'intestin; elle est absolument mate, au contraire, s'il s'agit d'une épiplocèle. Cette tumeur est d'habitude peu mobile; son pédicule, très court, doit être recherché en arrière d'elle, au-dessous de l'arcade de Fallope sous laquelle il paraît s'enfoncer. Quand elle est réduite, le doigt que l'on introduit dans le trajet pénètre dans l'abdomen en refoulant le sac et la peau, entre les vaisseaux cruraux, dont on sent les battements en dehors, et le rebord concave et tranchant du ligament de Gimbernat, que l'on perçoit en dedans.

Cette hernie se révèle souvent par des troubles fonctionnels: douleur locale dans les mouvements d'extension, gêne dans la marche, coliques, etc. Mais elle peut, lorsqu'elle est petite, exister sans provoquer ces symptômes.

Quand elle est volumineuse, chose rare, elle peut entraîner des troubles de compression vasculaire et nerveuse, qui se traduisent soit par

l'œdème du membre inférieur, soit par des douleurs à forme névralgique.

Diagnostic. — Dans les cas de hernie crurale très petite, on peut la méconnaître, surtout chez les personnes grasses, et il faut alors, pour la diagnostiquer, pratiquer un examen très minutieux.

Dans la plupart des cas, le diagnostic en est assez aisé. On ne peut évidemment la confondre qu'avec un abcès froid, sortant par l'anneau crural, des varices veineuses et lymphatiques, ou une hernie inguinale.

L'abcès froid se distingue en ce qu'il forme une tumeur mate, fluctuante, coïncidant avec l'existence d'une tumeur abdominale ou iliaque, se réduisant sans gargouillement. De plus, on trouve presque toujours les symptômes de la lésion osseuse du rachis ou du bassin qui lui a donné naissance.

Les varices de l'embouchure de la saphène sont allongées, molles, mates, ne présentent pas de pédicule, se réduisent sans produire de gargouillement et se reproduisent de bas en haut, tandis que la hernie se reforme de haut en bas. Il en est de même des varices lymphatiques. De plus, on trouvera toujours d'autres dilatations variqueuses sur le reste du membre.

Le diagnostic de la hernie inguinale est souvent plus difficile, surtout s'il s'agit d'une hernie fémorale un peu volumineuse qui tend à remonter au-dessus de l'arcade de Fallope. On pourra alors la confondre avec une hernie inguinale interstitielle. La hernie crurale s'en distingue par les caractères suivants : la majeure partie de la tumeur sera au-dessous d'une ligne unissant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis. Le pédicule recherché sera au-dessous de l'arcade de Fallope dans la hernie crurale, au-dessus dans l'inguinale ; le doigt introduit dans le trajet après la réduction sentira les battements de l'artère crurale. Enfin si, la hernie réduite, on porte le doigt dans l'anneau inguinal externe, et qu'après avoir fait tousser le malade, la hernie se reproduise sans que le doigt ait été retiré, elle est sûrement crurale.

Quant au diagnostic des variétés rares, il est souvent impossible, au moins pour certaines d'entre elles ; pour d'autres, il pourra être quelque fois soupçonné à la suite d'un examen très minutieux de chaque symptôme.

Pronostic. — Beaucoup plus petite que la hernie inguinale, peu douloureuse, elle est en général beaucoup moins gênante. Mais elle doit être considérée comme tout aussi grave, parce qu'elle n'a pas de tendance à la guérison spontanée, au moins dans l'âge adulte ; parce que souvent elle est difficile à bien maintenir, et parce que, à cause de son petit volume, elle passe souvent inaperçue du malade qui la porte. Il faut noter aussi qu'elle s'étrangle très facilement, peut-être en raison de ces conditions, et l'étranglement crural est en général très grave à cause de sa marche rapide. Nous verrons du reste qu'il est quelquefois méconnu grâce au peu de symptômes qu'il présente dans certains cas.

Traitement. — Pour toutes ces raisons toute hernie crurale doit être maintenue, à l'aide d'un bandage bien fait, bien appliqué, et bien supporté. Il est nécessaire d'en surveiller l'application, parce que les mouvements de la marche tendent facilement à déplacer la pelote qui repose exclusivement sur le haut de la cuisse. Il est nécessaire, pour que le bandage remplisse toutes ces indications, que la pelote soit assez fortement coudée en bas, et qu'elle soit maintenue par un sous-cuisse. Le ressort doit être solidement assujéti et assez fort.

Quand elle est indiquée, la cure radicale par les méthodes directes peut et doit être appliquée ; elle est ordinairement suivie de bons résultats. Elle sera indiquée surtout par l'exagération des troubles fonctionnels, ou l'impossibilité de la contention par un bandage à ressort métallique.

2° HERNIES CRURALES IRRÉDUCTIBLES.

Quelquefois les hernies crurales deviennent irréductibles par une sorte d'hypertrophie des parties herniées, mais ces faits sont rares. Le plus souvent la hernie crurale devient irréductible par adhérence.

Les hernies crurales qui deviennent irréductibles ne sont guère que des hernies graisseuses ou des épiplocèles pures.

Les hernies graisseuses sont ordinairement petites, indolentes, et très souvent ignorées du malade. Elles forment une masse petite, assez résistante, sont rarement molles, généralement lobulées et peu mobiles. La tumeur ne présente pas d'impulsion à la toux. Un examen minutieux fait découvrir l'existence d'un pédicule s'enfonçant directement d'avant en arrière vers les parties profondes. C'est là le meilleur signe diagnostique.

Les épiplocèles deviennent adhérentes et par suite irréductibles à la suite de plusieurs poussées inflammatoires, peu accusées, qui passent souvent inaperçues. Elles forment alors de petites tumeurs globuleuses ou aplaties, de consistance pâteuse, lobulées, mobiles sous la peau, et reliées aux parties profondes par un pédicule souvent difficile à sentir. Elles ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel et sont peu sensibles à la pression. Quelquefois la toux leur communique une légère impulsion.

Souvent ces épiplocèles irréductibles peuvent devenir le siège d'accidents inflammatoires plus aigus que ceux que nous avons signalés précédemment, et qui se révèlent seulement par une légère sensibilité à la pression accompagnée d'un peu de gêne dans les mouvements et dans la marche.

Dans ces cas aigus, la tumeur devient un peu plus volumineuse, fluctuante s'il se fait une accumulation de liquide dans le sac. La peau est rouge, la tumeur est le siège d'une douleur pulsatile très vive, il y a en même temps un peu de fièvre, de la constipation, des nausées et même quelquefois des vomissements.

Le ventre n'est jamais dur et tendu, et ordinairement des gaz sont rendus par l'anus. Tous ces phénomènes peuvent s'exagérer et aboutir à la suppuration. Mais le plus souvent, au bout de quelques jours et grâce à un traitement antiphlogistique local (cataplasmes et pommade belladonnée) et au repos absolu au lit, tout rentre dans l'ordre, et ces accidents inflammatoires se terminent par résolution.

Les accidents aigus ne sont pas toujours d'un diagnostic très facile, et on a souvent confondu une épiploïte aiguë avec une adénite aiguë de la région inguinale. Un examen attentif et détaillé et la présence d'un pédicule suffisent souvent pour fixer le diagnostic.

Le même diagnostic devra être établi souvent entre l'adénite chronique et l'épiplocèle irréductible simple.

Enfin cette dernière doit être, pour tout traitement, maintenue par un bandage herniaire à pelote concave qui aura pour but de s'opposer à son accroissement.

3° HERNIES CRURALES ÉTRANGLÉES.

L'étranglement de la hernie crurale est d'une façon absolue presque aussi fréquent que celui de la hernie inguinale. Mais, comme les hernies inguinales sont elles-mêmes en nombre très supérieur à celui des crurales, il s'ensuit que réellement l'étranglement crural est le plus fréquent. L'agent de l'étranglement est tantôt le collet du sac, tantôt l'anneau fibreux, soit naturel, soit accidentel. Les anneaux jouent ici un rôle plus considérable que dans les autres régions herniaires.

L'étranglement par le collet du sac est mis hors de doute par de très nombreuses observations. Il est difficile de savoir si la majorité des étranglements cruraux est due au collet, cependant cela semble assez probable. L'étranglement par l'anneau crural est tout aussi certain, et l'on note, ici comme ailleurs, bon nombre de hernies qui s'étranglent à leur première sortie.

Mais, en dehors de ces faits, il existe aussi un étranglement particulier produit par le bord tranchant du ligament de Gimbernat : c'est l'étranglement par vive arête décrit par Chassaignac. Dans ce cas l'intestin, en sortant, se coude sur le rebord de ce ligament et s'y étrangle. On peut alors, malgré l'existence de l'étranglement, introduire aisément une sonde de femme entre la partie externe de l'anneau et l'intestin. De plus, les lésions intestinales se limitent aux points qui sont en contact avec cette lame fibreuse.

Mais les anneaux accidentels, surtout ceux du fascia cribriformis, paraissent jouer un rôle important dans l'étranglement crural. Nous avons vu, en effet, en étudiant les hernies en général, que les orifices accidentels, cellulés à l'origine, subissaient, sous l'influence de la pres-

sion constante des viscères herniés et des frottements qui se passent à leur niveau, une sorte de travail inflammatoire chronique qui les transforme peu à peu en tissu fibreux dur et inextensible. Souvent alors l'étranglement se produit au niveau de ces anneaux accidentels. La part qui revient à ces anneaux accidentels ou à l'anneau crural dans l'étranglement est difficile à indiquer ; car, dans les vieilles hernies, ces deux orifices sont souvent rapprochés, accolés, confondus en un seul ; et dans les cas où l'étranglement n'est pas dû au collet, c'est souvent un orifice de cette nature qui est l'agent des phénomènes d'incarcération.

Les hernies crurales sont, nous le savons, ordinairement de petit volume et contiennent très peu d'épiploon ; aussi, les lésions graves de l'intestin surviennent, dans la plupart des cas, avec une très grande rapidité. L'intestin s'amincit, s'ulcère et se gangrène quelquefois en quelques heures ; d'autres fois, au contraire, il résiste à plusieurs jours de constriction. Il n'y a pas de rapport exact entre la quantité d'intestin hernié et l'intensité des lésions ; elles marchent souvent tout aussi vite dans les pincements herniaires si fréquents à la région crurale que dans les hernies complètes.

Symptômes. — Les signes de l'étranglement se présentent souvent dans la hernie crurale avec une très grande netteté. La tumeur herniaire, du volume d'une noix ou d'un marron, devient dure, tendue, résistante, irréductible. Elle est adhérente aux parties profondes par un pédicule très court, elle est très douloureuse à la pression, surtout quand celle-ci s'exerce au niveau du pédicule. La tumeur est mate ou sonore suivant son contenu ; mais la sonorité doit être recherchée avec délicatesse, car souvent une percussion un peu forte donne, dans tous les cas, une certaine sonorité à cause de la proximité de l'abdomen distendu par des gaz.

Du côté du ventre, on trouve les signes ordinaires de l'étranglement. Il est tendu et douloureux ; on constate l'absence absolue de selles et d'émissions gazeuses, un état nauséux, du hoquet, des vomissements d'abord muqueux, puis alimentaires et assez rapidement fécaloïdes. Enfin l'anxiété survient avec faciès grippé, gêne respiratoire, etc. Si l'étranglement est abandonné à lui-même, il se termine très rarement par la résolution. Tantôt, à la suite d'une perforation intestinale, il survient une péritonite généralisée, rapidement mortelle ; tantôt, au contraire, il se produit, avec une gangrène intestinale, un abcès stercoral qui aboutit à un anus contre nature.

Mais l'étranglement de la hernie crurale est loin de revêtir toujours la forme nette et caractéristique que nous venons d'esquisser. Très souvent, il a une marche lente, irrégulière et véritablement trompeuse. Chez certains malades et surtout chez les femmes, le sujet ignore l'existence de sa hernie et ne se plaint que de phénomènes généraux

peu accusés; il faut alors, pour diagnostiquer l'étranglement, explorer avec soin les régions douloureuses pour reconnaître la présence d'une hernie irréductible. D'autres fois, tous les phénomènes se réduisent, au début, à peu de chose: tension légère de la hernie qui devient douloureuse au niveau du pédicule, irréductibilité, constipation. Cet état peut durer deux ou trois jours avant que les autres phénomènes symptomatiques apparaissent. Dans d'autres cas, le ballonnement du ventre et les vomissements ne se montrent que très peu de temps pour disparaître ensuite. Quelquefois même, on voit survenir un phlegmon stercoral alors qu'on n'est nullement fixé sur la nature des accidents. Il faut bien savoir, en effet, qu'il n'y a, surtout à la hernie crurale, aucune corrélation entre le degré de constriction et l'intensité des phénomènes symptomatiques.

Enfin, dans certains cas à marche aiguë, les signes de l'étranglement apparaissent avec une rapidité et une intensité très redoutables; les phénomènes nerveux, algidité, cyanose, prostration générale et amaigrissement rapide, crampes, etc., dominant rapidement la scène. On a affaire à cette forme particulièrement grave qui a été décrite sous le nom de choléra herniaire.

Diagnostic. — Cette grande diversité dans les formes cliniques de l'étranglement crural en rend quelquefois le diagnostic très difficile.

Le chirurgien doit d'abord rechercher s'il a affaire à une hernie, si cette hernie est crurale, et en troisième lieu si elle est étranglée.

La hernie crurale étranglée ne peut guère se confondre qu'avec une adénite aiguë. Cette confusion est d'autant plus possible que l'étranglement ne se manifeste quelquefois que par des signes insidieux et peu accusés; et, d'autre part, certaines adénites du pli de l'aîne donnent lieu parfois à des douleurs abdominales et à des vomissements qui augmentent la difficulté. Dans ce cas, comme dans la hernie réductible, la recherche du pédicule doit être considérée comme un bon signe diagnostique.

L'examen attentif de tous les symptômes pris un à un doit aussi mettre sur la voie. Cependant, dans certains cas difficiles, c'est la production du phlegmon stercoral qui a seule permis un diagnostic précis. D'ordinaire, la marche et la forme des accidents, les troubles abdominaux avec leurs caractères spéciaux, empêcheront toute erreur.

Quant à reconnaître si l'on a affaire véritablement à une hernie crurale, la plupart des signes que nous avons indiqués à propos des hernies crurales réductibles pour les distinguer des inguinales se retrouveront, avec la même valeur, en présence d'une hernie étranglée.

Enfin, la hernie est-elle étranglée, ou se trouve-t-on en présence d'une épiplocèle enflammée? La distinction en est parfois très malaisée, surtout lorsqu'il s'agit de ces formes lentes et peu accusées de l'étranglement dans lesquelles la tumeur est à peine douloureuse, où il n'y a

pour ainsi dire pas de vomissements, qui ne déterminent que peu de phénomènes abdominaux, et pas de signes généraux. Les épiplocèles déterminent ordinairement, quand elles sont enflammées, des troubles qui ressemblent beaucoup à ce tableau incomplet de l'étranglement. Cependant, quand la tumeur est très tendue, quand la pression au niveau du pédicule provoque une douleur très nette, lorsque le malade a de l'inappétence et des coliques intestinales et surtout quand il n'y a pas d'émission de gaz par l'anus, on est en droit de conclure à un étranglement intestinal. Du reste, dans les cas très nets et à marche aiguë de l'étranglement crural, ces difficultés n'existent pas, et le diagnostic s'impose. Ajoutons enfin que dans les cas de doute, surtout si l'on penche vers une épiplocèle, il sera permis, et dans ce cas seulement, de vérifier le diagnostic à l'aide d'un purgatif d'essai.

Le pronostic de l'étranglement crural est très grave. En effet, abandonnées à elles-mêmes, les hernies crurales étranglées se terminent presque toujours par la mort. Si, par hasard, elles aboutissent à la formation d'un anus contre nature, celui-ci n'a que très peu de tendance à guérir spontanément, et nécessite souvent une série d'interventions opératoires pour en obtenir la cure définitive.

Traitement. — Le traitement de la hernie crurale étranglée comprend la mise en œuvre des deux moyens habituellement usités pour les autres étranglements: le taxis et la kélotomie.

Le taxis présente ici des indications et des contre-indications très nettement précises. Étant donnée la rapidité d'évolution des lésions intestinales, la période dans laquelle le taxis est autorisé est plus courte que pour les autres hernies.

Pendant les deux premiers jours, Gosselin conseille d'essayer pendant dix ou quinze minutes les taxis avec chloroforme, puis d'opérer; à partir du troisième jour, de faire très peu de taxis, et plus tard de ne plus y avoir recours du tout et d'opérer de suite. Peyrot trouve encore ces limites trop étendues et soutient que dans tous les cas, même après quelques heures d'étranglement, on ne doit tenter qu'un taxis de quelques minutes et opérer immédiatement après s'il n'est pas suivi de succès.

Pour pratiquer ce taxis avec chances de réussite, il faut, dans les hernies petites, chercher à saisir avec le bout des doigts le pédicule toujours profond, et faire porter les efforts sur ce pédicule, ou tout au moins sur les parties latérales du sac, jamais sur le fond. Sur une hernie plus volumineuse, les deux mains seront nécessaires pour exécuter cette manœuvre.

C'est surtout dans les hernies crurales que l'on se trouve bien du procédé de taxis par pressions latérales. Il en est de même, aussi, du procédé de l'inversion de Leasure.

Enfin, chez les personnes grasses, à hernies petites, il ne faudra pas,