

doigts. Cette disposition apporte de sérieuses difficultés à la cure radicale de la hernie inguinale, car il ne faut pas compter sur la fermeture de ce large orifice par la suture, et la hernie se reproduira fatalement si le chirurgien se contente de la résection du sac herniaire, aussi haut qu'il la fasse. Il faut, dans ce cas, reconstituer le canal inguinal, refaire les deux orifices et le trajet en employant la méthode de Bassini.

RÉGION DU CANAL CRURAL

La région du canal crural commence en haut au niveau de l'arcade crurale et se termine à deux travers de doigt environ au-dessous de cette arcade. Elle n'occupe qu'une partie très limitée de la face antérieure et interne de la cuisse et correspond en ce point à une dépression marquée surtout chez les sujets maigres, la gouttière crurale. Dans l'étude de cette région, nous aurons à considérer successivement un orifice supérieur ou *anneau crural* et un canal, le *canal crural* proprement dit.

Anneau crural.

Pour comprendre facilement l'*anneau crural*, il convient de se faire d'abord une idée exacte du *pli de l'aîne*, c'est-à-dire de la ligne d'intersection qui sépare l'abdomen de la cuisse.

Le bord antérieur de l'os iliaque présente une vaste échancrure dont les limites sont : l'épine iliaque antéro-supérieure en dehors, et l'épine pubienne en dedans. On trouve successivement sur ce bord, en procédant de dehors en dedans : 1° l'épine iliaque antérieure et supérieure ; 2° une échancrure peu profonde ; 3° l'épine iliaque antérieure et inférieure ; 4° une large gouttière où passent les muscles psoas et iliaque ; 5° l'éminence ilio-pectinée ; 6° la face supérieure de la branche horizontale du pubis : elle est concave transversalement, inclinée en bas et en avant, et limitée en arrière par une crête, fort saillante sur le squelette, la crête pectinéale ; 7° l'épine du pubis. En dedans de l'épine pubienne, existe une surface légèrement déprimée, correspondant à l'orifice inférieur du canal inguinal, et sur laquelle glissent le cordon spermatique ou le ligament rond.

Une bandelette fibreuse s'étend d'une épine à l'autre et forme une *arcade* qui convertit cette vaste échancrure en un trou de forme triangulaire. Cette arcade est désignée sous les noms d'*arcade crurale*, *ligament de Fallope*, *ligament de Poupert*.

Contrairement à ses devanciers, et en particulier à Blandin, Richet a décrit le ligament de Fallope comme un ligament à part, composé de fibres spéciales, indépendantes de l'aponévrose du muscle grand oblique : c'est une erreur. Ainsi que l'a de nouveau démontré Nicaise, le ligament de Fallope est *exclusivement* composé par le bord inférieur de l'aponévrose du muscle grand oblique. Toutes les fibres qui se fixent à l'épine pubienne font suite aux fibres musculaires ; aucune ne se rend directement d'une épine à l'autre. Il naît quelquefois (Voy. fig. 219) un faisceau fibreux de l'épine iliaque antéro-supérieure, mais il va former les fibres de renforcement ou arciformes dont j'ai parlé précédemment.