

les parois. La hernie fait alors relief à la partie supérieure et interne de la cuisse, sous forme d'une tumeur généralement petite, arrondie et marronnée. A cette période, Malgaigne l'appelle *hernie crurale interstitielle*, expression trompeuse en ce que cette hernie ne ressemble en rien à ce que j'ai décrit plus haut sous le nom de hernie inguino-interstitielle.

Malgaigne, comme auparavant Velpeau, s'est laissé entraîner par la pensée séduisante, mais illusoire, d'établir une analogie entre la hernie crurale et la hernie inguinale, ce qui eût été très favorable pour l'étude. J'ai signalé plus haut la tentative infructueuse que Richet a faite dans le même sens pour la hernie ombilicale. C'est qu'en effet les trois grandes variétés de hernies, inguinale, crurale et ombilicale, diffèrent entre elles non seulement par le siège et les rapports, mais encore par l'étiologie, la marche, les symptômes et le traitement.

Arrêtée en bas au niveau de l'embouchure de la saphène interne, si la hernie continue à augmenter de volume, elle se recourbe légèrement de bas en haut, s'étale en travers et remonte jusqu'au niveau de l'arcade crurale qu'elle peut même recouvrir, en sorte que cette ligne de démarcation si nette entre les hernies inguinale et crurale tend à s'effacer, au grand détriment du diagnostic différentiel. A cette période, l'intestin, coiffé des quatre couches énumérées précédemment, se trouve de plus recouvert par la paroi antérieure du canal ou *fascia cribriformis*, par le *fascia superficialis*, les ganglions lymphatiques superficiels, la couche sous-cutanée et la peau.

Que devient ensuite l'intestin? On a pensé, depuis les travaux d'Hesselbach et de Demeaux sur la hernie crurale, qu'il s'engageait par l'un des orifices du *fascia cribriformis* et arrivait sous la peau, la hernie étant alors *complète*. Chose plus grave, Demeaux a conclu de cette disposition que l'étranglement n'était jamais produit au niveau de l'anneau crural, mais bien au niveau de l'un des orifices du *fascia cribriformis*.

Je ne veux pas absolument contester l'étranglement par le *fascia cribriformis*, bien qu'il me paraisse difficile à accepter, mais j'appelle de nouveau toute l'attention des chirurgiens sur ce point, qui offre une haute importance pratique.

Je répète que les trous du *fascia cribriformis* sont comblés par les vaisseaux qui les traversent. La pression exercée par les viscères distend peu à peu les membranes, les amincit, les accole l'une à l'autre, mais ne les perforé pas.

Si cette théorie, toute invraisemblable qu'elle soit, n'avait pas de conséquences pratiques, je ne m'en occuperais pas, mais elle est extrêmement dangereuse, et c'est à ce titre qu'il faut, à mon avis, la répudier complètement. Demeaux, voulant donner une consécration à sa théorie, a formulé ce précepte que dans la hernie crurale on pouvait débrider dans tous les sens, excepté en bas, afin d'éviter de blesser la saphène, précepte que je trouve reproduit sans commentaires dans la plupart des traités d'anatomie topographique. Or, c'est l'un des plus mauvais qui aient jamais été formulés en chirurgie, et je ne doute pas que, s'il a le temps de pénétrer, de s'implanter dans la pratique, il cause la mort de bien des malades, car il expose à la blessure de la veine fémorale. Quand bien même la théorie soutenue par Demeaux serait vraie, son précepte n'en serait pas moins détestable, et voici pourquoi : lorsqu'on opère une hernie crurale étranglée, dit Demeaux, si on est obligé de débrider très profondément, ce n'est pas une preuve que l'étranglement siège à l'anneau ; c'est que