

NOUVEAU PROCÉDÉ  
DE  
CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE

PAR

H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans)

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS,  
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE



EXTRAIT DES *Archives Provinciales de Chirurgie*.

N° 2, FÉVRIER 1896, p. 61-76.

AVEC SIX FIGURES DANS LE TEXTE.

PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14

1895

TOUS DROITS RÉSERVÉS.

# ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Rédacteur en Chef : Dr MARCEL BAUDOUIN

BUREAUX : 14, Boulevard Saint-Germain, PARIS

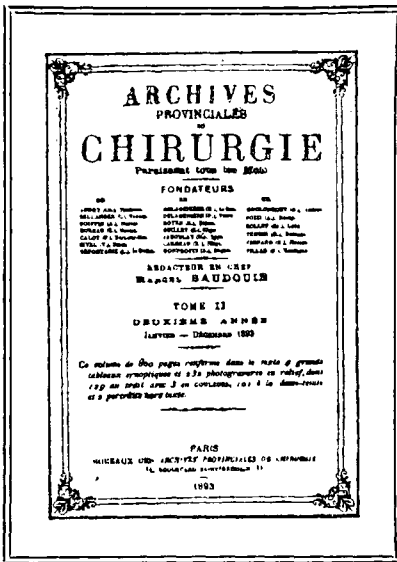
Les Archives provinciales de Chirurgie paraissent à Paris, tous les mois, par livraisons de 64 pages au moins, format grand in-8 raisin. Elles publient seulement des travaux originaux accompagnés, s'il y a lieu, de photogravures dans le texte. Ces travaux sont dus à des chirurgiens français exerçant en province; mais les colonnes des Archives sont en outre ouvertes aux chirurgiens étrangers, à tous les étudiants en médecine, aux externes et internes des hôpitaux et aux chefs de clinique des Facultés et Écoles de Médecine. Quelques pages, à la fin de chaque fascicule, sont réservées à l'analyse bibliographique des mémoires d'ordre chirurgical parus dans les journaux de médecine de province, dans le but spécial de faire connaître ces publications, qu'on a tant de peine à se procurer dans les plus grandes bibliothèques françaises ou étrangères.

## AVIS

Pour éviter des retards dans la réception des fascicules des Archives Provinciales de Chirurgie, nos lecteurs sont priés de s'abonner directement dans nos bureaux, 14, Bd Saint-Germain, à Paris.

Il suffit d'adresser un mandat-postal ou un bon de poste à l'Administrateur.

A tout abonné nouveau, nous édonos les Tomes I, II, III et IV au prix de 60 francs au lieu de 75 fr.



## AVIS

Nous engageons tous nos abonnés à nous faire parvenir leur adresse d'une façon très exacte.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0 fr. 60 en timbres-poste.

Les nos de 1892, très rares, sont désormais vendus au prix de trois francs; le n° I de 1892, presque épuisé, vaut aujourd'hui cinq francs.

## ABONNEMENT ANNUEL

France et Algérie.....	20 fr.
Recourré à domicile.....	20 50
Pays étrangers compris dans l'Union postale.....	23 »
Tous les autres pays.....	25 »

## VENTE AU NUMÉRO

Un numéro : à Paris.....	2 fr.
— expédié par la poste.....	2 25

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'Administration de la revue expédie tous les numéros parus depuis le 1<sup>er</sup> janvier.

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats, relatifs, soit à la Rédaction, soit à l'Administration, doivent être adressées **franco** à M. le RÉDACTEUR EN CHEF GÉRANT des Archives provinciales de Chirurgie, 14, Boulevard Saint-Germain, Paris.

# Biblioteka Główna WUM

## NOUVEAU PROCÉDÉ DE CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE (1)

PAR

**Henry DELAGÉNIÈRE (du Mans).**

Membre correspondant de la Société de Chirurgie.  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

### I

Le procédé de cure radicale de la hernie crurale que nous allons décrire est nouveau dans ses parties essentielles. En effet, il a pour but, d'une part de réséquer non seulement tout le collet du sac, mais encore le péritoine voisin qui affecte une disposition infundibuliforme éminemment propice à la formation d'une nouvelle hernie; et d'autre part, au lieu de tenter une fermeture autoplastique de l'anneau crural, de chercher la transformation de cet anneau rigide et fixe en un orifice insignifiant susceptible de subir les effets rétractiles des cicatrices.

La disposition anatomique de l'anneau crural a toujours préoccupé les chirurgiens, au sujet de la cure possible de la hernie crurale. Cet anneau est constitué par des parties fixes, rigides, dont la vitalité est peu considérable, de sorte que la suture de cet anneau est illusoire, et, pût-elle se faire, elle serait inefficace, puisque les tissus rapprochés n'auraient aucune tendance à se fusionner.

Notre maître, M. Lucas-Championnière (2), en préconisant la cure radicale de la hernie d'une façon générale et en établissant d'emblée les règles qui doivent présider à toute cure radicale de hernie, a modifié les idées en cours et entraîné à sa suite un grand nombre de chirurgiens. D'après lui, le traitement de l'anneau n'est qu'accessoire. Ce qui importe, c'est de supprimer toute la surface péritonéale glissante; c'est d'effacer toute dépression du côté du ventre, c'est-à-dire toute amorce pour la formation d'une nouvelle hernie.

(1) Nous n'avons en vue dans ce mémoire que la hernie crurale de volume moyen, dont l'anneau ne dépasse pas sensiblement 20 millimètres de diamètre. Au-dessus de ces dimensions, l'anneau sera beaucoup plus difficile à obturer et nécessitera des procédés autoplastiques spéciaux. Ce sont donc des cas d'exception sur lesquels nous comptons revenir plus tard.

(2) Lucas-Championnière. *Cure radicale des hernies*, 1887.

Biblioteka Główna WUM

Br.6558



000027967



www.dlibra.wum.edu.pl

Cette vérité primordiale est incontestable et il n'y a pas de cure radicale, si on ne s'y conforme ; mais est-elle suffisante ?

On l'a cru d'abord et M. Championnière a apporté un nombre sérieux d'observations dont les conclusions peuvent se résumer en quelques mots : la cure radicale de la hernie crurale *tient*, à la condition que le sac séreux soit supprimé en entier ; mais là est le point délicat de l'opération. M. Championnière a en effet bien fait remarquer que le sac de la hernie crurale est beaucoup plus irrégulier que celui de la hernie inguinale. Tantôt épais uniformément, il peut être attiré et pédiculisé très facilement ; d'autres fois certaines parties supérieures sont si minces qu'il faut les plus grandes précautions pour le tirer intact et le pédiculiser. Or, ces déchirures de la partie supérieure du sac sont plus difficiles à compenser que pour la hernie inguinale et elles risquent de faire faire une opération incomplète.

Malheureusement, même en se conformant aux prescriptions de M. Championnière, les résultats fournis par la cure radicale de la hernie crurale ne sont pas constants ; les récurrences sans être fréquentes ne sont pas exceptionnelles. C'est ainsi que M. Camson, dans sa thèse toute récente (1), signale 43 observations de malades suivis et revus un certain temps après l'opération, variant de quatre mois à plus de cinq années. Sur ces 43 malades il trouva 9 récurrences, soit une proportion de plus de 20 0/0, proportion énorme et de nature à jeter le discrédit sur une opération cependant excellente et destinée à rendre les plus grands services.

Frappés par ces mauvais résultats, un grand nombre de chirurgiens cherchèrent à modifier la méthode primitive et ils voulurent la perfectionner, comme ils avaient fait de la cure radicale de la hernie inguinale, tantôt en cherchant à suturer l'anneau, tantôt en cherchant à reconstituer la paroi abdominale, tantôt enfin en tentant d'obturer l'orifice herniaire, soit au moyen d'autoplasties, soit en y introduisant un corps étranger résorbable.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue les divers procédés qui ont été préconisés pour la cure radicale de la hernie crurale, avant de décrire le nôtre.

## II

Nous n'avons pas la prétention d'étudier en détails tous les procédés. Nous voulons seulement mettre en relief le but poursuivi par

(1) Camson. — *De la cure radicale de la hernie crurale*, th. Lyon, p. 50, et suiv.

les principaux chirurgiens qui se sont occupés de la question, afin de mieux faire ressortir celui que nous avons eu en vue.

Pour faciliter cette étude, nous examinerons :

- 1° Les procédés qui ne se préoccupent pas de l'orifice herniaire ;
- 2° Ceux qui s'adressent principalement à l'anneau, dont ils cherchent à obtenir la fermeture ;
- 3° Ceux qui veulent autant que possible remettre les parois dans leur état normal et cherchent à reconstituer le canal crural et la paroi ;
- 4° Enfin les procédés autoplastiques, qui obturent l'orifice de la hernie, soit au moyen d'un lambeau musculaire, soit au moyen d'un corps étranger résorbable.

1° *Procédés qui s'adressent uniquement au sac.* — Ce sont les procédés primitifs, complètement abandonnés de nos jours. Nous citerons seulement pour mémoire la pratique de Mitchell Banks (1), qui, conformément aux principes de Lucas-Championnière, résèque le sac aussi haut que possible, puis se contente de réunir la peau, sans s'occuper de l'orifice herniaire. Billroth (2) simplifia encore cette manière de faire. Il se contenta d'inciser le sac sans l'extirper et sans s'occuper de l'anneau.

2° *Procédés qui cherchent avant tout la fermeture de l'anneau crural.* Nous distinguerons :

A. *Procédé de Tricomi* (3). Ce procédé n'a d'original que la façon dont est suturé l'anneau.

Lorsque le sac a été isolé puis réséqué aussi haut que possible, l'anneau est fermé au moyen de cinq anses de fils de soie. Chaque anse de soie pénètre successivement dans l'arcade fémorale, la gaine des vaisseaux, le fascia pectina et le muscle pectiné dans toute son épaisseur, le ligament de Gimbernat et enfin traverse une seconde fois l'arcade. En fermant ces anses de fil, on ferme l'anneau crural à la manière d'une bourse.

Ce procédé, comme tous ceux qui se borneront à mettre en contact des tissus fibreux peu vasculaires, pourra échouer au point de vue de la réunion de ces tissus. Une fois les fils résorbés, si ce sont des catguts ; ou bien, si ce sont des soies, une fois que les tissus fibreux se seront d'eux-mêmes sectionnés sur les fils, l'anneau naturellement béant reprendra sa forme ; ses bords se tendront à nouveau, préparant le point faible de la paroi par lequel l'amorce herniaire ne tardera pas à se faire.

(1) Voir Th. de Camson, p. 30.

(2) *Loco citato*, p. 28.

(3) *Revue de Chir.*, octobre 1892, p. 889.

B. *Procédé de Fabricius* (1). Il se propose de faire disparaître l'entonnoir crural par son occlusion et de fixer le ligament de Poupart aussi solidement que possible à la branche horizontale du pubis.

Il fait au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à cette arcade une incision de 10 à 12 centimètres; il sectionne couche par couche jusqu'au sac herniaire. Il le libère en sectionnant l'insertion de l'arcade au tubercule du pubis, puis il résèque le sac comme à l'ordinaire.

Pour fermer l'anneau, il refoule les gros vaisseaux avec leur gaine par dessus l'éminence ilio-pectinée où on les maintient; il coud ensuite à la branche horizontale du pubis le ligament de Poupart qui a été auparavant libéré par une incision partielle à son insertion; 5 à 6 points de suture sont passés ainsi à travers l'arcade, puis l'aponévrose pectinée, l'insertion du muscle pectiné et enfin le périoste.

Il est bon de terminer en plaçant 2 ou 3 points de suture sur l'anneau inguinal, qui est souvent très large chez la femme.

Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de l'anneau de haut en bas, puisque l'arcade est désinsérée de l'épine du pubis, ce que la rend plus mobilisable. En outre, en prenant soin de placer les fils assez en arrière, jusqu'à la crête pectinale, on attirera l'arcade de Fallope en arrière : ce qui aura pour conséquence de rétrécir l'infundibulum crural. Mais la dissection, puis la section du collet du sac seront insuffisantes dans ce procédé comme dans les autres. Enfin, au point de vue de l'exécution, le déplacement de la gaine des vaisseaux fémoraux en dehors de l'éminence ilio-pectinée, nous paraît une pratique difficile et assez compliquée pour devoir être rejetée, comme susceptible de devenir dangereuse dans certains cas.

3° *Procédés qui tendent à remettre la région anatomique dans son état normal primitif.*

A. *Procédé de Lucas-Championnière* (2). Comme nous l'avons dit plus haut, c'est surtout l'extirpation minutieuse et complète du collet du sac qui caractérise le procédé de notre maître. C'est sur ce temps opératoire qu'il insiste le plus dans ses démonstrations; mais il est loin de méconnaître le rôle nuisible de l'anneau crural, laissé béant, lorsque le collet du sac a été réséqué. Aussi cherche-t-il à consolider autant que possible la cicatrice future, en reconstituant de son mieux le canal crural. Dans ce but il place des fils de catgut destinés à

(1) Fabricius (Joseph). — [Nouvelle méthode de cure radicale de hernie crurale]; in *Centralbl. f. Chir.*, XXI, n° 6, 18 fév. 1894, p. 616-24.

(2) Lucas-Championnière. — *Cure radicale des hernies*, 1887; et *Etude sur la cure radicale de la hernie non étranglée*, 1889. — H. Delagènière. *Etude critique des procédés modernes de cure radicale des hernies inguinales et crurales*; in *Gaz. des Hôp.*, 28 janvier 1888, p. 97.

accoler, l'un à l'autre, la gaine des vaisseaux à l'aponévrose pectinée et au moyen adducteur. Là se borne cette reconstitution.

B. *Bottini* (1), contrairement aux données généralement admises, ne s'occupe pas du sac herniaire. Le point essentiel pour lui est de rendre aux orifices herniaires leurs dimensions naturelles. Pour cela il se borne à rétrécir par quelques points de suture au catgut l'anneau crural.

Nous n'insisterons pas davantage sur un procédé aussi peu en rapport avec tout ce que nous savons de positif sur la cure radicale de la hernie. Autant vaudrait moderniser la *suture royale* ou le *point doré*!

C. *Procédé de Berger* (2). C'est en quelque sorte le procédé classique, le plus usité aujourd'hui, une sorte de résultante des procédés généraux de Lucas-Championnière, de Barker et de Bassini.

Le sac est isolé, disséqué, sectionné comme dans la méthode de Lucas-Championnière. Mais le fil placé sur le collet est conservé pour être conduit sous l'arcade au moyen d'une aiguille mousse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On fera traverser à chaque chef séparément la paroi abdominale d'arrière en avant, et on les liera en avant de l'aponévrose du grand oblique, exactement comme le fait Barker pour la hernie inguinale.

Le trajet de la hernie est ensuite suturé de la façon suivante : une anse de fil est passée sous l'aponévrose du pectiné, de telle sorte que ses deux chefs ressortent dans le canal crural, l'un en dedans, l'autre en dehors; on les y reprend pour les faire traverser isolément l'arcade de Fallope et on les noue en avant de cette arcade. En serrant le fil, on rapproche ainsi l'aponévrose du pectiné de l'aponévrose abdominale.

Ce procédé a l'avantage de rebrousser le plus haut possible le collet du sac sectionné et par suite de supprimer d'une façon plus complète l'infundibulum péritonéal; mais la suture de l'aponévrose du pectiné à l'arcade toujours tendue ne peut être qu'illusoire, malgré la précaution que prend M. le professeur Berger de maintenir pendant tout le temps nécessaire à la guérison la cuisse fléchie sur le bassin. Les bons résultats obtenus par cette méthode sont dus bien plutôt à la façon rigoureuse avec laquelle le sac est traité.

D. *Procédé de Bassini* (3). — Pour la cure radicale de la hernie crurale, l'auteur cherche à appliquer les idées théoriques qu'il a mises en pratique pour la hernie inguinale. Il veut ramener l'entonnoir crural à son état normal.

(1) *Soc. de Chir. Italienne*, 8<sup>e</sup> session, octobre 1891.

(2) *Traité de Chir.*, t. VI, p. 759.

(3) Bassini. — *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1894, XLVII, 1-25.

Il fait une incision parallèle à l'arcade et juste au-dessus. Le sac est isolé très haut, puis réséqué comme d'habitude, de façon qu'il remonte dans l'abdomen. L'anneau une fois exposé est traité de la façon suivante. L'extrémité interne de l'arcade crurale est suturée au revêtement aponévrotique de la crête pectinéale et le repli falciforme à l'aponévrose du muscle pectiné.

Ces sutures une fois terminées semblent bien remplir le but désiré ; d'une part l'arcade crurale est attirée en arrière, ce qui amène le retrécissement de l'orifice de l'entonnoir crural. D'autre part la paroi antérieure du canal est reconstituée et l'orifice inférieur est fermé. Malheureusement l'arcade de Fallope conserve sa rigidité, sa tendance à reprendre son rôle de pont, de telle sorte que comme pour les procédés précédents l'occlusion de l'anneau crural ne sera que momentanée.

E. *Procédé de Ruggi* (1). — Nous reproduisons la description que Galliani donne de ce procédé dans le *bulletin des sciences médicales de Bologne*.

On incise au-dessus de l'arcade sur le bord de la paroi postérieure du canal inguinal. Ce canal est ouvert ; puis on va à la recherche du sac herniaire dans le canal crural. On isole ce sac, puis on le retire du canal crural pour le ramener dans le canal inguinal où sa dissection et sa résection se feront dans de meilleures conditions et plus complètement.

Le sac une fois réséqué, on suture l'anneau crural en unissant le bord postérieur de l'arcade de Fallope au ligament de Cooper. Ce temps de l'opération se fait donc au-dessus de l'arcade, c'est-à-dire dans des conditions bien meilleures pour obtenir la fermeture de l'anneau crural. Le résultat de cette suture est d'opposer au péritoine un plan aponévrotique résistant.

Ce procédé présente l'avantage de permettre la résection complète de l'infundibulum péritonéal, comme dans notre procédé ; mais l'isolement du sac et son passage dans le canal inguinal nous paraît un temps compliqué. Nous faisons aussi des réserves sur la valeur de la suture de l'anneau crural. En effet, l'arcade de Fallope est simplement accolée au ligament de Cooper ; par son élasticité, elle tendra toujours à s'en éloigner pour reprendre sa position normale. Dans ce procédé encore, le traitement de l'orifice herniaire n'est pas résolu.

(1) Galliani. — *Bul. delle scienze mediche di Bologna*, 1892, 7 s., III, 540-554.



4° *Procédés destinés à obturer l'orifice herniaire soit par une autoplastie, soit en interposant un corps étranger dans l'orifice herniaire.*

A. *Procédé de Salzer* (1). — Après avoir traité le sac herniaire par le procédé classique, Salzer se propose d'obturer l'orifice herniaire en fermant l'anneau crural au moyen d'un lambeau fibreux emprunté au muscle pectiné.

Il s'y prend de la façon suivante. Il pratique sur l'aponévrose du pectiné une incision curviligne concave en haut et proportionnée aux dimensions de l'orifice à fermer. Il dissèque le lambeau aponévrotique ainsi formé, en le laissant adhérent à sa base sur la crête pectinéale.

Il soulève le lambeau et suture sa circonférence à l'arcade fémorale de telle manière que l'orifice herniaire se trouve fermé par une sorte de septum crural fibreux.

Le résultat définitif est donc subordonné dans ce procédé à la réunion du feuillet aponévrotique à l'arcade de Fallope. Nous n'y avons pour notre part qu'une confiance des plus limitées.

Au dernier Congrès de Chirurgie, M. Poulet (de Lyon), (2) a décrit un procédé que nous pouvons rapprocher de celui de Salzer et des deux procédés suivants que nous allons résumer.

Au lieu de l'aponévrose du pectiné ou du muscle pectiné (Cheyne) ou du muscle 1<sup>er</sup> adducteur (Schwartz), l'auteur se sert du tendon de ce dernier muscle.

Il ne décrit son procédé que dans la hernie inguinale mais le déclare applicable dans la hernie crurale. Nous nous bornerons donc ici à en indiquer le principe.

Il ouvre la gaine du muscle et découvre son tendon rubané et nacré. Il arrache ce tendon aussi bas que possible des fibres musculaires, puis se servant d'une part de ce tendon isolé et du sac herniaire disséqué, et d'autre part du rebord fibreux de l'orifice herniaire il fait une trame, une sorte de treillis dont il obture l'orifice herniaire. Il maintient le treillis en place au moyen de fils métalliques qu'il enlève au bout de 8 jours.

B. *Procédé de Cheyne* (3). — La hernie une fois réduite, le collet du sac est ligaturé et cousu à la paroi abdominale. Une languette est alors dessinée sur le muscle pectiné, et ses dimensions doivent être suffisantes pour remplir le canal crural sans tension. Elle comprend

(1) Salzer (Fritz). — *Central. f. Chir.*, n° 33, 1892.

(2) Poulet. — 9<sup>e</sup> Congrès fr. de Chirurgie, 1895, p. 471.

(3) Cheyne. — *Lancet*, London, 1892, II, 1039-1041.

toute l'épaisseur du muscle, adhère par sa base à la paroi interne de la gaine des vaisseaux et se porte parallèlement à l'arcade crurale. Dans son extrémité libre inféro-interne, on place des fils qui prennent bien le muscle, on décolle la languette musculaire de l'os sous-jacent, et on passe les fils à travers la paroi abdominale, d'abord au-dessus du ligament de Poupart, puis juste sur ce ligament.

Ce procédé a sur celui de Salzer l'avantage de combler l'orifice herniaire avec des tissus vasculaires susceptibles d'organisation; mais il ferme incomplètement l'orifice herniaire, le soulèvement de la languette musculaire taillée dans le pectiné ne pouvant s'effectuer jusqu'à la crête pectinéale, et laissant un espace vide sous l'arcade, qui sera particulièrement propice à la formation d'une nouvelle pointe de hernie.

Ce reproche s'adressera plus encore au procédé suivant.

C. *Procédé de Schwartz* (1). — Ce procédé est réservé par l'auteur aux hernies dont l'orifice herniaire est volumineux. Après avoir traité le sac et les viscères comme à l'ordinaire, il reste une cavité qui contenait la hernie et dont le relief interne est formé par le moyen adducteur. Il ouvre alors par une incision longitudinale de 6<sup>cm</sup> environ la gaine de ce muscle, puis dissèque un lambeau musculaire à pédicule supérieur, à base inférieure, qu'il relève en haut pour l'insinuer contre l'anneau crural et le suturer par quelques soies fines à l'arcade crurale et à l'aponévrose pectinéale. La gaine du muscle ainsi dépouillée est refermée par quelques points de suture, excepté au niveau où le pédicule sort de la gaine aponévrotique.

D. *Procédé de Trendelenburg* (2). — Trendelenburg a recours au procédé de Bassini pour les petites hernies crurales; mais, lorsque la hernie est volumineuse il est d'avis de chercher l'oblitération du collet en intercalant un lambeau ostéoplastique dans l'orifice herniaire. D'après Hackenbruch, ce procédé aurait encore besoin d'être expérimenté.

E. *Procédé de Thiriard* (3). — Ce procédé consiste à intercaler un transplant osseux entre le péritoine et la paroi abdominale au niveau de l'anneau herniaire (4).

Lorsque le sac a été réséqué, le moignon disparaît derrière la paroi abdominale. Entre cette paroi et le péritoine de façon à boucher com-

(1) Schwartz. — 7<sup>e</sup> Congr. franc. de Chir., 1893, p. 690.

(2) Hackenbruch. — [Cure radicale ostéoplastique des hernies fémorales volumineuses]; *Beitr. zur klin. Chir.*, 1894, XI, 3, 779-796.

(3) Thiriard. — 7<sup>e</sup> Cong. fr. de Chir., 1893, p. 318-323.

(4) Nous croyons intéressant d'indiquer ici ce procédé, bien que dans son mémoire l'auteur ne précise pas pour quelle variété de hernie il l'a employé.

plètement l'orifice herniaire, on interpose une solide plaque d'os décalcifié, que l'on maintient dans sa position par des sutures qui servent en même temps à rapprocher les bords de l'anneau fibreux.

La grandeur de cette plaque doit dépasser celle de l'ouverture de l'anneau. Il faut habituellement lui donner 3 à 5 centimètres de long sur autant de large et 8 à 12 millimètres d'épaisseur.

Ce transplant, d'après l'auteur, joue le rôle de soutien; il se résorbe peu à peu, et est remplacé au fur et à mesure de sa disparition par un tissu fibreux, solide, résistant, qui se fusionne avec les parties voisines pour fermer complètement l'orifice herniaire.

L'auteur rapporte 21 cas de hernies traitées par ce procédé et sur ces 21 cas deux fois il fut obligé d'enlever le transplant osseux en raison d'une suppuration abondante de la plaie.

La difficulté d'obtenir des transplants osseux d'os décalcifié aseptique sera pour nous la raison principale de rejeter ce procédé, quelque séduisant qu'il puisse paraître.

### III

Nous adresserons à tous ces procédés le reproche général de chercher quand même à suturer un orifice fibreux et rigide, dont la raison d'être anatomique, l'arcade de Fallope, persiste avec toutes ses propriétés physiologiques. Sur une paroi de hernieux, c'est-à-dire effondrée, l'arcade de Fallope jouera le rôle d'une corde au-dessus et au-dessous de laquelle les viscères intestinaux sous l'influence de la pression intra-abdominale viendront créer des dépressions ou amorces herniaires; un des premiers points à atteindre pour faire une bonne cure radicale sera donc de supprimer la présence de cette corde d'une manière définitive. Or la meilleure façon d'arriver à ce but est de sectionner la corde pour la faire disparaître.

D'autre part, tous, à l'exception de ceux de Fabricius et de Ruggi, agissent sous l'arcade pour disséquer et réséquer le sac; *or, il est ainsi absolument impossible de réséquer le sac assez haut, c'est-à-dire d'enlever l'infundibulum péritonéal*. Nous nous sommes souvent rendu compte de ce fait, en isolant et disséquant complètement le collet du sac, avant d'inciser l'arcade et de décoller avec le doigt le péritoine voisin. Les procédés de Fabricius et de Ruggi permettent bien ce décollement; mais nous avons vu d'autre part leurs imperfections et les raisons pour lesquelles nous ne croyons pas devoir les adopter.

Dans notre pratique, nous avons recours au procédé de notre maître, M. Championnière; mais nos résultats étaient médiocres. Tantôt nos malades présentaient un anneau largement ouvert, tantôt une cicatrice

trop faible, ou même, sous l'arcade, profondément, une légère impulsion; dans tous les cas nous devons donner à nos opérés le conseil de porter un bandage : ce qui pour nous, en l'espèce, équivaut à un insuccès complet.

D'autre part nos opérés, de hernie crurale étranglée présentaient au contraire des cures radicales excellentes. La différence dans les résultats obtenus devaient donc tenir à la technique différente que nous suivions dans ces cas. En effet, dans la hernie crurale étranglée (du reste comme dans toute hernie étranglée), nous avons coutume de faire le débridement à ciel ouvert et avec les ciseaux. Nous incisons largement en haut l'arcade de Fallope.

D'un autre côté, après avoir traité et réduit l'intestin, nous extirpons le sac aussi complètement, c'est-à-dire aussi haut que possible, en décollant avec le doigt le péritoine voisin devenu accessible par la section de l'arcade. Nous avons donc dans ces opérations de nécessité réalisé deux conditions indispensables pour obtenir une bonne cure radicale de la hernie crurale étranglée.

De là à étendre le procédé à la cure radicale de la hernie crurale non étranglée, il n'y avait qu'un pas; et c'est ce que nous avons fait pour la première fois le 18 juillet 1892. Depuis, nous n'avons eu que deux fois l'occasion de répéter l'opération. Dans les trois cas, le résultat a été parfait, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par l'étude des observations suivantes.

#### OBSERVATION I (1).

La nommée G..., Louise, âgée de 52 ans, ouvrière, demeurant à Pruillé-l'Éguillé, vient me consulter en juillet 92 pour une hernie crurale gauche irréductible et douloureuse.

OPÉRATION. — Le 18 juillet 92, avec l'assistance du Dr de Trolong (de Bernay), Bognési (du Mans). Incision de 8 centimètres, parallèle au canal crural et croisant l'arcade crurale dans son milieu. Le sac est isolé, puis ouvert. Il contient du liquide et près de son collet une frange d'épiploon adhérente. L'épiploon est attiré, puis réséqué; le collet du sac est isolé de l'arcade crurale, qui est ensuite sectionnée verticalement dans toute son épaisseur et dans une étendue de 1 centimètre. Le sac est attiré dans cette échancrure et le péritoine voisin décollé avec le doigt. L'infundibulum ainsi attiré est réséqué le plus haut possible sur un catgut à boucle passée dont les chefs sont ensuite conduits dessous, puis à travers la paroi abdominale pour être enfin noués l'un à l'autre sur la face antérieure du muscle grand oblique, afin d'attirer en

(1) N° 477 de la Statistique générale.

haute le pédicule du sac. Deux fils sont placés à travers l'aponévrose pectinée, puis à travers l'arcade de chaque côté de sa section, afin d'amener l'affaissement de l'arcade vers la branche horizontale du pubis. Le canal crural est laissé intact. La peau est suturée et la plaie est drainée.

Ses *suites* ne présentent rien de particulier; guérison p. p. i. — La malade revue le 3 mai 1895; elle va très bien et ne présente aucune trace de récurrence.

## OBSERVATION II (1).

La nommée M..., Joséphine, religieuse, demeurant rue St-Vincent, au Mans, est atteinte d'une hernie inguinale droite irréductible et douloureuse et d'une hernie crurale gauche, réductible et coercible.

OPÉRATION. — Le 28 septembre 1892, avec l'assistance des Drs Vincent et Bolognési (du Mans). La hernie inguinale est d'abord opérée et je procède à l'opération de la hernie crurale. — Incision de 8 centimètres à cheval sur l'arcade; isolement, puis ouverture du sac; dissection du collet, section de l'arcade directement en haut dans une longueur de 1 centimètre. Décollement de l'infundibulum péritonéal, qui est réséqué sur un catgut à boucle passée et dont les chefs sont ensuite passés dessous, puis à travers le grand oblique, afin d'opérer par leur traction l'ascension du pédicule. Suture de l'arcade crurale à l'aponévrose du pectiné et au pubis par deux fils placés de chaque côté de l'échancrure. Enfin, suture du canal crural, dans toute son étendue, par un surjet qui unit la gaine vasculaire en dedans de la veine à l'aponévrose du muscle pectiné et moyen adducteur. Suture de la peau; drainage. Durée: 30 minutes. — Guérison p. p. i.

*Suites.* — La malade me donne de ses nouvelles en janvier 1896. Elle se porte parfaitement bien, n'a jamais souffert de ses hernies depuis l'opération et ne fait usage d'aucun bandage.

## OBSERVATION III (2).

La nommée G..., Céline, âgée de 29 ans, domestique, demeurant à Mortagne, vient me consulter au mois de mai 1895 pour une tumeur située dans le pli de l'aîne droit. Cette tumeur grosse comme un petit œuf est réductible; le doigt peut sentir l'anneau crural; la malade accuse des douleurs lorsqu'elle marche; enfin, elle a entendu parler de la cure radicale des hernies et vient demander l'intervention, ne voulant pas se résigner à porter un bandage.

(1) N° 531 de la Statistique générale.

(2) N° 1400 de la Statistique générale.

**OPÉRATION.** — Le 22 juin 1895, avec l'assistance du Dr Vincent et en présence du Dr Coupey de La Ferté-Bernard, je fais une incision de 8 centimètres, à cheval sur l'arcade de Fallope et parallèle au canal crural. Je reconnais l'aponévrose du grand oblique et l'arcade crurale situés au dessus de la hernie. En bas se trouve le sac herniaire que j'isole facilement. Je pratique une ouverture à sa partie déclive; il contient de l'épiploon que j'attire autant que possible au dehors et j'en resèque ainsi 80 grammes. Lorsque le sac est vidé, je sectionne verticalement en haut l'arcade crurale dans une hauteur de 15 millimètres. J'isole le collet du sac, que j'attire par cette échancrure, puis sépare ce collet des adhérences qu'il a contractées avec l'anneau crural. J'attire, autant que possible, le péritoine pariétal, puis resèque le sac aussi haut que possible sur un catgut à boucle passée. Je passe les deux chefs du fil sous le grand oblique pour rebrousser le pédicule; ensuite je place deux fils de chaque côté de l'échancrure faite à l'arcade pour rapprocher cette dernière de l'aponévrose pectinéale et du pubis. Je ferme, enfin, le canal crural au moyen d'un surjet placé en dedans de la veine crurale et comprenant l'aponévrose du pectiné et du moyen adducteur. La peau est suturée avec des crins de florence; pas de drainage. Durée : 40 minutes.

*Suites.* — Des plus simples. Réunion p. p. i. Résultat immédiat excellent. En novembre 95, la malade va parfaitement; elle n'a pas l'ombre d'une récidive.

#### IV

Ces trois opérations et neuf autres absolument semblables, faites pour des hernies crurales étranglées, nous permettront de donner les règles suivantes au sujet de la technique opératoire.

Nous insisterons tout d'abord sur la simplicité, et la facilité de l'opération, qui peut être exécutée par tout chirurgien rompu à la pratique de la cure radicale, à l'aide de ces deux notions :

1° Inciser l'arcade en haut.

2° Ne pas reconstituer l'arcade, mais l'affaïsser et la suturer au ligament de Cooper et au périoste de la branche horizontale du pubis.

L'incision cutanée sera verticale et dirigée dans le même sens que le canal crural. Elle croisera obliquement l'arcade de Fallope, qu'elle devra dépasser en haut de 3 cent. environ. En bas, elle dépassera également l'anneau crural de 3 cent. Dans son ensemble elle devra donc avoir une longueur moyenne de 7 à 8 cent. Elle sera plus longue, si la hernie est très volumineuse.

Lorsque la peau sera divisée, le tissu cellulaire sera écarté rapidement pour découvrir l'aponévrose du grand oblique et l'arcade crurale. On reconnaîtra ce faisceau fibreux à la vue et au toucher. Dans

la partie inférieure de l'incision, on isolera le sac herniaire, avec toutes les précautions d'usage, incisant couche par couche jusqu'à la dernière qui sera le sac séreux. Cet isolement du sac est facile dans la hernie crurale et peut se faire rapidement. Avant d'avoir terminé cet isolement du sac, on devra toujours l'ouvrir sur sa face antérieure pour se débarrasser de son contenu. Les anses intestinales seront

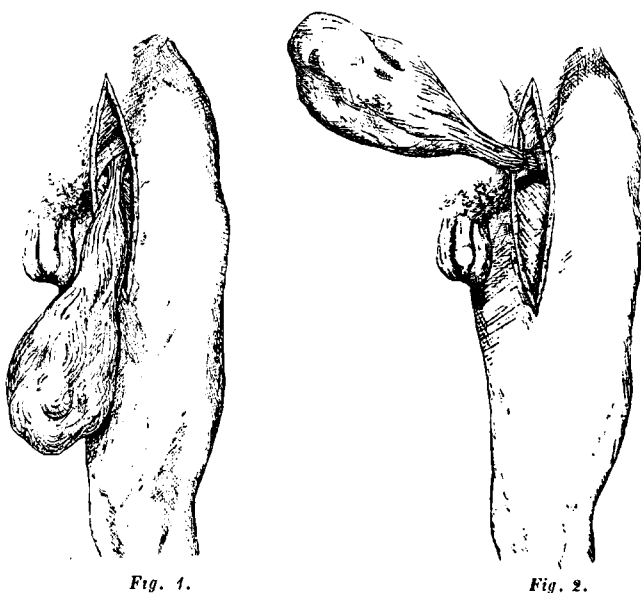


Fig. 1.

Fig. 2.

*Fig. 1. — Hernie crurale. — L'arcade crurale est mise à nu, le sac isolé et disséqué. La ligne ponctuée montre la future section de l'arcade.*

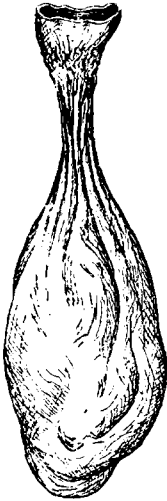
*Fig. 2. — Hernie crurale. — L'arcade a été incisée et le sac fortement attiré dans l'échancrure, pour isoler le péritoine voisin. Enfin un fil a été placé sur le collet aussi haut que possible.*

réduites dans l'abdomen et l'épiploon sera réséqué le plus haut possible, ainsi que l'a toujours conseillé notre maître, M. Championnière.

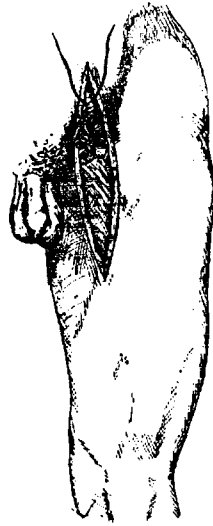
Le sac, une fois vidé et exploré avec soin, sera ensuite disséqué du côté de l'anneau crural. Cette dissection sera facile et le collet du sac descendra assez vite dans une certaine étendue (*Fig. 1*) puis on éprouvera une résistance devant laquelle les tractions devront cesser sous peine de déchirer le sac. C'est à ce moment, lorsque l'arcade crurale sera bien visible, isolée déjà en partie du collet du sac qu'on devra procéder à sa section. Celle-ci se fera aux ciseaux par petits coups afin d'éviter la blessure des artères de la paroi ou pour assurer leur hémostase si leur section est nécessaire ou si elle se fait accidentel-

lement. La section devra se porter directement en haut, comprendre toute l'épaisseur de l'arcade, qu'elle dépassera en haut de quelques millimètres ; elle aura donc dans son ensemble une longueur de 10 à 15 millimètres (*Fig. 2*).

On reprendra alors l'isolement du collet du sac en l'attirant fortement dans l'échancrure faite à l'arcade. On trouvera le collet adhérent



*Fig. 3.*



*Fig. 4.*

*Fig. 3.* — *Hernie crurale.* — Sac disséqué dessiné d'après nature, laissant voir en haut l'infundibulum obtenu par décollement après l'incision de l'arcade.

*Fig. 4.* — *Hernie crurale.* — Le sac a été sectionné et les deux chefs du fil passés à travers la paroi abdominale pour rebrousser en haut le pédicule.

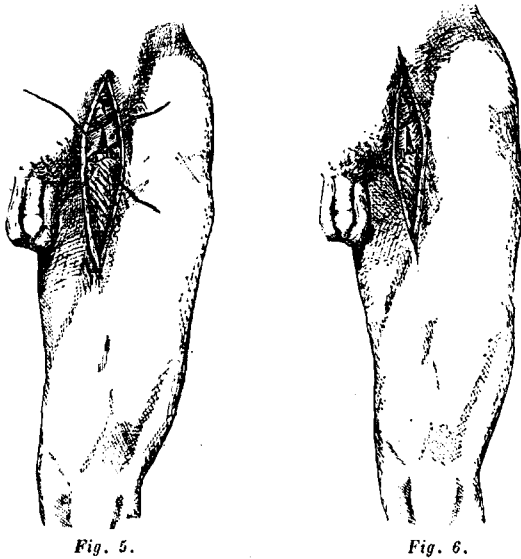
à l'orifice interne de l'anneau crural. Ces adhérences seront sectionnées ou simplement rompues ; puis avec le doigt on décollera tout autour le péritoine pariétal. Une nouvelle traction exercée sur le sac amènera alors une portion étendue de péritoine sous forme d'entonnoir ouvert en haut. Un fort catgut à boucle passée sera placé sur cette portion élargie du sac, qui sera ensuite réséqué aux ciseaux (*Fig. 3*).

Les deux chefs du catgut sont passés ensuite séparément sous la paroi, puis à travers à 15 ou 20 millimètres au-dessus du sommet de l'échancrure faite à l'arcade, pour être ensuite noués ensemble, afin d'attirer au-dessus des parties effondrées le pédicule formé (*Fig. 4*).



Cette pratique, recommandée par Barker (1) pour les hernies inguinales, peut donc, grâce à la section de l'arcade, être facilement appliquée. Sans lui attribuer une importance trop grande, nous la considérons comme utile dans la plupart des cas.

Lorsque le collet du sac est ainsi rebroussé, l'anneau crural, fortement échancré en haut, reste béant dans le fond de la plaie (*Fig. 5*). Il serait facile de reconstituer l'arcade de Fallope par quelques points de suture mais nous avons garde de recourir à cette suture, trop heureux d'avoir effondré la voûte, qui maintenant irréductible et béant



*Fig. 5.*

*Fig. 6.*

*Fig. 5.* — *Hernie crurale.* — Le collet a été rebroussé, et deux fils ont été placés à travers l'aponévrose pectinée et le périoste, puis à travers l'arcade, de chaque côté de l'échancrure.

*Fig. 6.* — *Hernie crurale.* — Les fils sont fermés; l'arcade est abaissée vers la branche horizontale du pubis. Sa section est transformée en un espace triangulaire à sommet supérieur.

l'anneau crural. Tous nos efforts tendront même à compléter cet effondrement, en cherchant à rapprocher l'arcade sectionnée de la branche horizontale du pubis.

Dans ce but, après avoir reconnu la situation exacte de la veine crurale, nous passons deux ou plusieurs forts catguts à travers l'aponévrose du pectiné, la bandelette ilio-pectinée et même le périoste,

(1) *Brit. med. journ.*, 1887, t. II, p. 1203.

afin de donner à nos fils un point d'appui solide (*Fig. 5*); puis nous passons l'anse postérieure de chacun des fils à travers l'arcade, tout près du point où elle a été sectionnée, les uns en dedans, les autres en dehors de l'incision. Les catguts sont alors noués et l'on voit l'arcade s'affaisser vers la branche horizontale du pubis, et se porter en arrière, transformant dans ce mouvement de descente son incision verticale en un espace triangulaire à sommet supérieur et antérieur (1) (*Fig. 6*).

Cet espace triangulaire est peu considérable; il est bordé par des tissus vasculaires et nullement rigides; il est donc destiné à se combler progressivement par du tissu cicatriciel.

L'opération devra se terminer en reconstituant autant que possible par un surjet au catgut le canal crural, puis en suturant la peau.

Le surjet destiné à reconstituer le canal crural se fera à points très rapprochés les uns des autres; l'aiguille pénétrera immédiatement en dedans de la veine crurale, puis plongera à travers l'aponévrose pectinéale dans l'épaisseur du muscle. Le surjet commencera aussi bas que possible et se terminera à l'anneau crural.

Le drainage est inutile lorsque la hernie est de petit volume et que la dissection du sac n'a pas été trop longue et surtout lorsque l'hémostase a été parfaitement assurée. Si l'une de ces conditions a fait défaut, le drainage pourra rendre des services. En tous cas nous ne le croyons jamais nuisible, quand les règles de l'asepsie ont été parfaitement suivies au cours de l'opération.

(1) Ce temps de l'opération est sensiblement facilité en mettant le malade dans la position décline.

## Biblioteka Główna WUM

INSTITUT INTERNATIONAL  
DE  
BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

Bibliothèque Circulante Scientifique (*Médecine et Biologie*). — Fiches Scientifiques Circulantes (*Bibliographiques et Analytiques*). — Traductions et Analyses Scientifiques. — Renseignements Bibliographiques. — Éditions. — Bibliothèque-économie. — Fabrication de Tables des Matières pour Revue, etc.

Fondateur : D<sup>r</sup> Marcel BAUDOUIN

PARIS, 14, Boulevard Saint - Germain, 14, PARIS

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES CIRCULANTES  
Médecine et Sciences Biologiques

L'Institut International de Bibliographie Scientifique a organisé, en outre d'une Bibliothèque circulante, un service d'une importance capitale pour tous les auteurs : celui des Fiches Bibliographiques Scientifiques. Ces Fiches circulent, absolument comme si chacune d'elles était un livre. Ce service fonctionne depuis le 1<sup>er</sup> Novembre 1893.

- I. — Le service des *Fiches circulantes* comprend l'envoi à domicile, à l'étranger aussi bien qu'en France, et le retour aux bureaux de l'Institut, de *Fiches Bibliographiques*, indiquant, autant que possible, les travaux parus à l'étranger et en France sur un sujet donné, *bien délimité*, indiqué d'une façon très précise par l'abonné.
- II. — Pour avoir droit au prêt de ces *Fiches circulantes*, chaque abonné Français doit au préalable solder une *cotisation annuelle* de **Dix Francs**.

L'Abonnement pour l'Étranger est de **Vingt Francs**.

- III. — Les *frais de prêts et d'envoi* des **Fiches Bibliographiques** (tout compris) sont établis à raison de 0 fr. 05 c. (*Cinq centimes*) la fiche, pour la France; à raison de 0 fr. 10 c. (*Dix centimes*) la fiche, pour l'Étranger. — Toute fiche communiquée est donc cotée à cinq centimes, sans exception possible.

Le montant des frais d'envoi et des réclamations est porté en compte à l'abonné; mais il doit être versé à l'avance une **Provision** de *Cinq francs*. — Le retour des fiches à la Bibliothèque doit avoir lieu *franco*.

- IV. — Les prêts des fiches sont faits pour **Un mois** seulement. — Toute fiche, qui ne sera pas rentrée après ce laps de temps, sera considérée comme égarée. — Quand on demande une seconde série de fiches, la première série prêtée doit être rentrée aux bureaux; sans cela, on ne tient pas compte de la lettre de commande.
- V. — *Toute fiche, égarée ou conservée* à dessein, sera comptée à l'emprunteur à raison de 0 fr. 15 la *Fiche bibliographique*.
- VI. — Tout abonné au service des *Fiches Bibliographiques*, qui publie dans un mémoire spécial ou dans un journal, totalité ou partie des fiches communiquées, est tenu de faire parvenir à l'Institut, à titre justificatif, un *exemplaire* de son travail ou du journal pour chaque série de fiches empruntées.
- VII. — Des réductions de 10 0/0, 20 0/0, etc., sont faites aux Abonnés qui utilisent plus de 500, 1000, etc. fiches par an.
- VIII. — Si l'on ne veut pas se conformer à tous les articles du règlement, l'abonnement cesse de plein droit.

VENTE DE FICHES

L'Institut International de Bibliographie Scientifique vend aussi la copie de ses Fiches, à raison de 0 fr. 10 c. la fiche. — Mais de très fortes réductions sont faites sur ce prix de vente, quand on prend plus de 500, 1000, 2000 fiches par an.



INSTITUT INTERNATIO  
DE  
BIBLIOGRAPHIE SCIEN

PARIS, 14, Boulevard Saint-Germain, 14, PARIS

Fondateur : D<sup>r</sup> MARCEL BAUDOIN.

I. — BIBLIOTHÈQUE CIRCULANTE

INTERNATIONALE

MÉDECINE ET SCIENCES ACCESSOIRES

Une **Bibliothèque** MÉDICALE est installée, 14, Boulevard Saint-Germain; elle fonctionne régulièrement, même pendant les Vacances universitaires, depuis le mois de janvier 1893.

Cette bibliothèque a été créée pour permettre aux Médecins de consulter à très bon compte tous les livres dont ils peuvent avoir besoin, surtout les ouvrages de longue haleine, les monographies et les grands périodiques réservés aux sciences médicales en France et à l'étranger.

Elle fonctionne et pour la FRANCE et pour les PAYS ÉTRANGERS où existe le système des Colis Postaux.

Cette Bibliothèque médicale commence avec des ressources MODESTES; mais son organisateur est convaincu qu'elle répond à un réel besoin, impossible à satisfaire par d'autres procédés, et qu'elle acquerra bientôt toute l'importance à laquelle elle a droit, surtout si tous les médecins français veulent bien s'intéresser à cette tentative de décentralisation

RÈGLEMENT

I. — La **Bibliothèque Circulante de Médecine** est, pour l'instant du moins, dépourvue de salle de lecture à Paris.

II. — Pour avoir droit au prêt des livres, la cotisation annuelle pour chaque abonné Français à la **Bibliothèque générale de Médecine et Sciences accessoires** est de **VINGT FRANCS**, payables d'avance. Le versement de cette somme donne droit aux divers fascicules du *Catalogue*, qui paraîtront, plusieurs fois par an.

L'abonnement est de **QUARANTE FRANCS** par an pour les Pays étrangers, sans réduction possible.

III. — Les frais de prêt de livres (tout compris), calculés sur des moyennes, sont établis de la façon suivante pour la France :

Catégorie A : Volumes très gros (in 8°, in 4°, etc.)..... 1 fr.

Catégorie B : Brochures in-12 et fascicules d'une grande publication 0 50

Catégorie C : Brochures ou Numéros de Journaux..... 0 25

Ils sont doublés pour l'Étranger.

IV. — Le montant des frais d'envoi doit être joint en timbres-poste à la demande d'emprunt.

Toutefois, les emprunteurs, pour simplifier la correspondance et assurer le service des envois d'une façon régulière, ont la facilité d'envoyer à l'avance, à titre de PROVISION, une somme de DIX FRANCS, qui est inscrite à l'actif de l'abonné.

Le retour des livres à l'Institut de Bibliographie doit avoir lieu franco.

V. — Les prêts sont faits pour UN mois seulement. Prière d'indiquer s'il faut adresser les livres en gare ou à domicile (colis postaux) et leurs numéros sur le *Catalogue*.

VI. — On ne peut emprunter plus de deux livres à la fois. — Toutefois, après autorisation de l'Administrateur, et dans des circonstances spéciales, il peut être fait exception à cette règle.

VII. — Toute personne qui conservera une brochure ou un ouvrage pendant plus d'un mois devra solder un droit supplémentaire de 1 franc; plus de 2 mois, un droit de 2 francs. Après 3 mois, le livre sera considéré comme égaré.

VIII. — Tout livre détérioré ou égaré par l'emprunteur devra être payé par l'emprunteur ou remplacé par lui. Les pertes de livres, si elles se renouvellent, pourront entraîner la suppression des envois. — Les frais de réclamations des volumes prêtés depuis plus d'un mois seront portés au compte des emprunteurs.

IX. — Tout abonné peut, s'il le désire, garder pour son usage personnel les livres qui lui sont envoyés à titre de prêt, à la seule condition qu'il s'agisse d'ouvrages qu'on trouve encore couramment dans le commerce.

L'abonné, dans ces conditions, doit solder le prix de l'ouvrage conservé après lecture.

Pour assurer le bon fonctionnement de la Bibliothèque et seconder les efforts de l'organisateur, on est prié de faire les renvois avec une exactitude exemplaire. — Les trois 1<sup>ers</sup> fascicules du *Catalogue* (Médecine, Chirurgie, etc.) ont paru en 1894 et 1895 — Un 4<sup>e</sup> est sous presse.