

on passe le stylet aiguillé, en ayant soin de bien l'isoler des nerfs et des veines, et l'on serre la ligature.

*Artère axillaire.* Il faut tenter cette ligature lorsque l'artère est ouverte dans le creux de l'aisselle. Le procédé qui consiste à découvrir l'artère au-dessous de la clavicule, au moyen d'une incision de trois pouces, partant du tiers interne de la clavicule et dirigée obliquement en bas et en dehors, dans le sens de la ligne celluleuse qui sépare le grand pectoral du deltoïde, est le plus facile; mais il exige que le chirurgien sache bien distinguer l'artère des nerfs du plexus qui l'environnent et qui peuvent être pris pour elle. Ce procédé a de plus l'avantage de permettre d'opérer, tandis qu'une compression est exercée au dessus de la clavicule, avantage précieux pour les cas d'hémorragie, les seuls peut-être où cette opération doit être tentée par un praticien médiocre, à bord des navires.

*Artère brachiale.* L'occasion de lier ce vaisseau peut se présenter fréquemment en pratique navale, en ce que cette ligature s'applique à la plupart des lésions qui intéressent les vaisseaux du membre supérieur, depuis l'aisselle jusqu'au poignet. On sait que l'artère brachiale affecte la direction d'une ligne qui partirait du milieu du creux de l'aisselle pour se rendre à la partie moyenne, un peu interne du pli du coude. C'est dans la direction de cette ligne qu'il faudrait pratiquer une incision de deux pouces d'étendue, en faisant un pli à la peau. Dans le cas de saignée malheureuse, c'est à la partie interne moyenne et un peu supérieure du bras qu'on pratique la ligature. La présence du nerf médian qui roule sous les doigts indique la position du vaisseau; souvent ce nerf a été pris pour l'artère et lié conjointement avec elle.

Lorsque les artères de la main et du poignet sont ouvertes, et qu'une compression méthodique ne parvient point à réprimer l'hémorragie, il devient nécessaire de lier l'artère cor-

respondante et souvent les deux bouts du vaisseau, toujours le plus près possible de la plaie.

*Artère radiale.* Elle est difficile à trouver, à sa partie supérieure où on la met à découvert au moyen d'une incision de deux pouces, dirigée de la partie moyenne un peu externe du pli du coude, obliquement en bas et en dehors; mais inférieurement on la met facilement à découvert par une incision de deux pouces entre le tendon du long-supinateur et celui du radial antérieur.

*Artère cubitale.* Difficile à découvrir en haut, où cependant on y parvient au moyen d'une incision de deux pouces, dirigée perpendiculairement de haut en bas, dans la direction de la face antérieure du cubitus, entre les muscles fléchisseur superficiel et cubital antérieur, on la met facilement à découvert en bas par une incision verticale, de deux pouces d'étendue, entre les tendons des muscles précédents.

*Artère iliaque externe.* Nous avons dit dans notre *Coup-d'œil historique* (tom. 1, p. 44), que M. Delaporte, de Brest, disputait à Abernethy la gloire d'avoir lié le premier l'artère iliaque externe; M. Delaporte a modestement relevé lui-même cette erreur chronologique, en nous rappelant qu'il a effectivement le premier pratiqué cette opération en France, mais que l'illustre chirurgien anglais l'avait pratiquée en Angleterre plusieurs années avant lui (1796). Nous devons mentionner cette rectification qui honore son auteur. La ligature de l'iliaque externe est la plus hardie qu'il soit permis de tenter à bord: celle des vaisseaux plus profonds pourrait compromettre un opérateur vulgaire. On la pratique pour les blessures de l'aîne avec lésion de la crurale. Le procédé le plus simple et le plus facile consiste à faire une incision de deux pouces, immédiatement au-dessus et dans le sens de l'arcade crurale, à égale distance de l'épine iliaque et du pubis. Parvenu à l'aponévrose du grand oblique, on la divise en la traversant avec une sonde cannelée, sur laquelle on l'incise de dedans en

dehors; on divise de même le *fascia transversalis* en ménageant le péritoine, et l'on rencontre l'artère à sa réflexion sur la branche du pubis. On porte la ligature aussi haut que possible, en isolant l'artère de la veine et des nerfs cruraux, au moyen de la sonde cannelée courbe qui sert à conduire le stylet aiguillé. La section de l'artère épigastrique est surtout à redouter.

Artère *crurale* ou fémorale. On peut la lier depuis deux pouces au-dessous du ligament de Fallope jusqu'à trois pouces du jarret, au-dessus de son passage sous le tendon du grand adducteur. Dans l'*espace inguinal*, on reconnaît l'artère à ses pulsations, et on divise avec précaution les parties superficielles qui la recouvrent, dans le sens du vaisseau et dans une étendue de deux pouces, en évitant bien de léser la veine fémorale qui, placée en dedans, la recouvre quelquefois. *Plus bas*, le trajet de l'artère est indiqué par une ligne qui partirait du point moyen de l'espace inguinal pour se rendre au milieu du creux du jarret. Lorsqu'on veut lier l'artère à son tiers supérieur, on pratique dans la direction de cette ligne une incision de deux à trois pouces qui doit tomber sur le bord interne du muscle couturier, qu'on relève en dehors pour découvrir le vaisseau. A la partie moyenne, l'incision tombera sur le muscle couturier qu'on écartera en dehors ou en dedans. On isolera l'artère d'un rameau nerveux qui lui est accolé.

Artère *poplitée*. Lorsque la ligature de cette artère est indiquée par une lésion de la partie supérieure des artères de la jambe, on préfère ordinairement lier l'artère crurale. Cependant on lierait assez facilement la poplitée, en faisant une incision verticale de deux à trois pouces, qui, de la partie moyenne du jarret, s'étendrait sur le mollet; on écarte les deux extrémités supérieures des jumeaux sous lesquelles on rencontre la terminaison de la poplitée, qu'on isole de la veine et du nerf qui l'accompagnent.

Artère *tibiale antérieure*. On la découvre supérieurement en faisant une incision de deux pouces, légèrement oblique en bas et en dedans, dans le sens de l'intervalle qui sépare le jambier antérieur de l'extenseur commun des orteils; on parvient à l'artère qui est accolée au ligament inter-osseux. Il est bien plus facile de la découvrir en bas par une incision presque verticale, qui tombe entre le tendon du jambier antérieur en dedans, et celui de l'extenseur propre du gros orteil, entre lesquels on trouve l'artère appuyant contre la face externe du tibia.

Artère *péronière*. Nous ne conseillons pas de pratiquer cette ligature qui, d'ailleurs, est rarement nécessaire, sous peine de manquer le vaisseau qui est difficile à découvrir.

Artère *tibiale postérieure*. Nous conseillons aussi de s'abstenir de lier ce vaisseau ailleurs que derrière la malléole interne où on le découvre assez facilement, au moyen d'une incision de deux pouces parallèle au tendon d'Achille; on la rencontre sous une forte aponévrose qu'il faut diviser avec précaution, à un demi-pouce en dehors du bord postérieur de la malléole interne.

Artère *pédieuse*. Il est rare qu'on soit obligé de lier cette artère, le dos du pied présentant des conditions très-favorables à la compression; cependant on la rencontre en incisant la peau immédiatement en dehors du tendon de l'extenseur propre du gros orteil.

Nous répétons encore que ce que nous venons de dire de la ligature n'est qu'un *memento* pour ceux qui savent déjà, et ne dispense nullement de recourir aux auteurs, quant aux détails; nous terminons en rappelant qu'après la ligature des gros vaisseaux, une précaution importante est de réchauffer le membre, en attendant que les anastomoses aient rétabli la circulation collatérale.

*Hernies.*

Ce genre de tumeurs réclame une étude toute particulière de la part du chirurgien navigateur, en raison de la multiplicité de leurs causes à bord des navires, et de la gravité des accidents auxquels elles peuvent donner lieu.

On donne le nom de *hernies*, en général, aux tumeurs formées par le déplacement des organes intérieurs à travers leurs enveloppes; mais cette dénomination s'entend plus particulièrement du déplacement des viscères abdominaux à travers les ouvertures naturelles des parois du ventre, sans lésion des téguments; c'est de cette espèce que nous devons plus spécialement nous occuper. Sans nous arrêter au mécanisme, nous commencerons par indiquer les causes.

L'état sain et la rigidité des tissus chez le matelot sont des préservatifs trop faibles contre la violence et la multiplicité des exercices qui le prédisposent aux hernies. Ses habitudes physiques n'ont pas l'uniformité de celles des autres gens de peine; son travail est pour ainsi dire saccadé, et chacune de ses actions est marquée par un effort, soit qu'il faille haler sur les manœuvres, virer au cabestan, nager dans un canot ou crocher des ris, le ventre pressé sur les vergues, toujours poussé par la voix impérieuse du chef ou par la gravité des circonstances. Aussi les hernies ventrales sont elles assez communes parmi les marins, et les accidents d'étranglement se présentent-ils assez fréquemment.

De toutes les hernies viscérales, celles de l'abdomen sont les plus fréquentes, et de toutes les hernies abdominales, celles de l'anneau inguinal, puis de l'anneau crural, sont les plus communes; enfin de tous les viscères de l'abdomen l'intestin grêle et le grand épiploon sont ceux qui se déplacent le plus souvent, ce qui s'explique très-bien par la disposition anatomique de ces parties. Nous nous abstenons d'entrer dans les détails de la formation et de la structure des diffé-

rentes hernies, détails importants que le lecteur cherchera dans les ouvrages spéciaux.

La *tumeur herniaire* tire son diagnostic de la cause qui l'a produite, du lieu qu'elle occupe et de ses caractères propres. Produit subit ou lent d'efforts plus ou moins violents ou répétés, elle peut cependant se manifester sans cause occasionnelle appréciable; elle occupe ordinairement les lieux où existent des ouvertures naturelles, à l'aîne en particulier; elle est indolente, sans changement de couleur à la peau, augmente de volume quand le malade est debout ou fait quelques efforts (toux, éternuement), diminue au contraire lorsqu'il se place en supination, rentre dans l'abdomen lorsqu'on la presse et qu'elle est réductible, et alors le doigt peut la suivre à travers le canal élargi. La hernie *intestinale* est accompagnée parfois de coliques, de vomissements, de borborygmes; elle augmente pendant l'acte de la digestion; elle se réduit en bloc avec un bruit de gargouillement; elle est sonore à la percussion hors le temps de la digestion. La hernie de l'*épiploon* est molle, pâteuse, inégale, indolente, se réduit graduellement et sans bruit, son volume et sa consistance varient peu. L'*entéro-épiplocèle* présente la combinaison des caractères ci-dessus. Les déformations, les adhérences, les productions organiques rendent quelquefois ces caractères fort obscurs.

Les hernies non réduites ou mal contenues sont sujettes à deux accidents très-graves: l'engouement et l'étranglement. L'*engouement* est l'accumulation des matières intestinales dans l'ansé herniée, d'où résulte, par suite, l'*étranglement* occasionné par la constriction de l'ouverture que traverse la hernie ou par le collet du sac herniaire. L'engouement affecte une marche lente: la tumeur augmente de volume, elle est d'abord molle, puis tendue, les selles sont supprimées, les vomissements surviennent, etc. Puis le cours des matières se rétablit ou bien l'étranglement inflammatoire se manifeste. Celui-ci a le plus souvent lieu d'emblée, à la suite d'un effort,

par inflammation, ou par augmentation subite de la tumeur qui devient rénitente, douloureuse, irréductible; la constipation à lieu, le ventre est tendu, sensible à la pression, il survient des coliques, des hoquets, des vomissements de matières d'abord alimentaires puis stercorales, la face est grippée, le pouls vif et concentré, et le malade court les plus grands dangers. Cependant la hernie peut rentrer d'elle-même et les selles se rétablir. Ce cas heureux est fort rare et le plus souvent la tumeur passe à la gangrène et amène la mort. Dans certains cas heureux, la tumeur s'abcède, et il en résulte un anus anormal si la totalité du calibre de l'intestin est comprise dans l'étranglement; si c'est l'épiploon seulement ou une partie de la circonférence intestinale, le cours naturel des selles peut se rétablir, et le malade guérit comme d'un abcès ordinaire.

Le traitement des hernies *libres* consiste à réduire et à maintenir la tumeur. On la réduit par le *taxis*, opération qui consiste à placer, les parties dans le relâchement en faisant coucher le malade sur le dos, la poitrine élevée et les cuisses fléchies (nous supposons la hernie inguinale) et à diriger les efforts de réduction dans le sens de l'axe du canal herniaire, en faisant rentrer les premières les parties qui sont sorties les dernières. Les efforts et la durée du *taxis* seront proportionnés au volume, à la sensibilité de la tumeur et à la difficulté de la réduction; pour les détails nous en référons à l'adresse et à l'expérience du chirurgien.

On maintient la hernie réduite ou moyen du *brayer* ou bandage élastique simple ou double, suivant que le malade porte une ou deux hernies inguinales. On place la pelotte sur le point qu'occupait la tumeur, on adapte la tige élastique au contour des reins, on ramène la courroie par la hanche opposée sur le crochet qui surmonte la pelotte où on l'assujettit, puis on ramène le sous-cuisse d'arrière en avant et on le fixe au crochet de la pelotte. Le bandage doit embrasser le bassin au-dessous de la crête de l'os des îles, et le sous-cuisse doit

appuyer sur le pli de la fesse. Enfin on fait exercer quelques mouvements à l'individu, pour s'assurer que le bandage est convenablement appliqué, c'est-à-dire que la hernie est solidement maintenue et que le malade n'est pas trop gêné par l'appareil, auquel il s'accoutume bientôt, et qu'il ne quittera plus désormais.

Le choix des bandages, à l'armement, est un objet essentiel, tant pour la forme que pour la qualité. Afin de les préserver de la saleté et de la pourriture qu'engendre la sueur, on engagera les matelots à les garnir de toile avant de s'en servir.

À l'égard des hommes embarqués il ne peut être question de cure radicale.

Nous ne nous occuperons pas des hernies anciennes *irréductibles*, ces infirmités étant une cause de réforme et ne se rencontrant pas par conséquent à bord. Si toute fois des passagers ou même des officiers portaient cette infirmité, il suffit de savoir que l'on contient ces tumeurs au moyen de brayers à pelotte concave, ou même à l'aide d'un simple suspensoire.

On traite l'*engouement* en essayant, au moyen du *taxis*, de faire repasser les matières dans le ventre afin de réduire la tumeur; si ce moyen échoue, on tente les purgatifs à dose réfractée, les lavements d'eau salée, d'eau froide, de décoction de tabac. Le rétablissement des selles et l'affaissement de la tumeur indiquent le succès.

Le traitement de l'*étranglement* réclame les procédés ci-dessus exposés, mais l'intensité de l'inflammation contre indique les stimulants et le *taxis* prolongé; il faut alors recourir aux antiphlogistiques locaux et généraux, bains, cataplasmes, saignées à syncope, sangsues, lavements émollients, abstinence complète. Si ces moyens ne réussissent promptement à rendre la tumeur réductible, il est urgent d'en venir à l'opération de la hernie étranglée, opération difficile et délicate, que pourtant on ne peut différer et que le praticien navigateur doit savoir