

pratiquer, sous peine d'être exposé à perdre des hommes par le fait de son impéritie. Il cherchera donc ailleurs que dans ce livre les préceptes nombreux et importants que comporte cette opération dont nous nous bornerons à rappeler les règles principales.

Appareil instrumental : un bistouri droit, un bistouri convexe, un bistouri boutonné, une sonde canelée flexible, des pinces à disséquer et des fils cirés. Appareil de pansement : linge fenêtré enduit de cérat, charpie, compresses, bandes, éponges, eau tiède, etc.

C'est surtout pour cette opération qu'il est essentiel de placer le malade dans un lieu très-éclairé; le carré des officiers convient parfaitement parce qu'il est éclairé d'en haut; on se munira d'ailleurs de bougies allumées.

Le malade situé convenablement, c'est-à-dire couché sur une table et maintenu par des aides, on rase la partie et l'on procède à l'opération qui comprend.

1° *L'incision des téguments*, sur un pli fait à la peau, dans la direction convenable, et qu'on peut rendre cruciale; cette incision doit dépasser les limites de la tumeur et mettre à découvert le pédicule du sac et l'ouverture qu'il traverse.

2° *La recherche et l'ouverture du sac* : on incise avec précaution les différentes couches de parties molles qui le recouvrent, en soulevant les lamés de ces tissus au moyen d'une bonne pince, pour les inciser en dédolant. Le sac est parfois difficile à reconnaître, soit à cause de la graisse qui l'environne, ou des adhérences qu'il a contractées avec l'intestin, et plus souvent à cause de l'aspect membraneux des lamelles cellulaires qui le recouvrent et qui peuvent contenir de la sérosité dans leurs intervalles; M. Clémot a fort bien fait ressortir cette dernière difficulté, dans quelques observations publiées récemment, et il nous est arrivé une fois de débrider une hernie crurale avant d'avoir ouvert le sac, trompés par cette disposition du tissu cellulaire. Parvenu au sac, on

l'ouvre en le soulevant dans un point voisin du pédicule, puis on le divise dans toute sa longueur avec des ciseaux mousses.

3° *Le débridement*. Le sac ouvert, on essaye de réduire, ce qui réussit quelquefois; autrement on s'assure que l'étranglement siège au niveau de l'ouverture de l'abdomen, en passant le doigt autour du pédicule de la tumeur, et en attirant celle-ci au dehors. Ce doigt sert de conducteur au bistouri boutonné, glissé à plat sur sa face palmaire qui correspond à la face interne du sac, tandis que la face dorsale du doigt déprime et protège les intestins. Le bouton est introduit au-dessous de la bride qui cause l'étranglement, on tourne le tranchant dans le sens indiqué pour éviter la lésion des vaisseaux, et on incise l'obstacle juste dans l'étendue nécessaire pour opérer la réduction.

4° *La Réduction*. On commence par attirer au dehors une partie de l'intestin pour s'assurer qu'il n'existe ni gangrène ni ulcération au point de l'étranglement, puis on fait rentrer les parties comme nous l'avons indiqué pour le taxis. Si quelques adhérences peu solides existent entre le sac et l'intestin ou entre les circonvolutions de celui-ci, on les détruit avec le doigt, avant de réduire. Lorsqu'il y a gangrène ou perforation de l'intestin il ne faut pas réduire, et s'il n'y a pas adhérence à l'anneau, il faut fixer l'ouverture au dehors en passant un fil dans l'anse intestinale.

On panse en appliquant sur la plaie un linge fenêtré, enduit de cérat; on place par dessus des gâteaux de charpie, des compresses, puis un bandage approprié; quelques praticiens réunissent par première intention.

On combat la constipation par les lavements, les topiques et les breuvages émollients, qui ont de plus l'avantage de modérer les accidents consécutifs dont le plus grave est la *péritonite*. Si avant l'étranglement la hernie était volumineuse et irréductible, il faudrait se borner à inciser la peau et le sac vis-à-vis l'anneau et à débrider celui-ci, sans tentative de réduction.

Nous terminerons par quelques spécialités relatives aux deux principales espèces de hernies.

Hernie inguinale. Le malade placé comme pour le taxis, on fait une incision qui remonte à un pouce à peu-près au-dessus de l'anneau, incision qu'on prolonge en bas jusqu'à la partie inférieure de la tumeur dans la direction de l'axe de celle-ci. On lie les artères honteuses externes divisées; on ouvre le sac dans la même étendue, en évitant les vaisseaux spermaticques. On débride l'anneau inguinal *directement en haut*, dans une étendue de deux à trois lignes. (Dupuytren).

Hernie crurale. Celle-ci est beaucoup plus rare que la précédente; son diagnostic est aussi plus obscur et mérite d'être sérieusement étudié, vu qu'on peut la confondre avec la hernie inguinale, erreur préjudiciable, en raison de la direction à donner au débridement. On met la tumeur à découvert par une incision obliquement dirigée en bas et en dedans, et qu'on peut rendre cruciale; on évitera la lésion de la veine saphène. L'étranglement peut avoir lieu à l'orifice extérieur du canal crural, alors on débride en haut; mais le plus souvent la constriction est opérée à l'orifice profond; alors il faut débrider en dedans sur le ligament de Gimbernat; M. Dupuytren préfère débrider l'arcade crurale, très-obliquement en dehors; ce dernier procédé nous paraît plus délicat et plus chanceux que l'autre, qui exige moins de précautions, relativement à l'artère épigastrique.

L'obligation d'opérer une hernie à bord est toujours très-fâcheuse; le chirurgien s'appliquera donc à l'emploi des moyens qui peuvent prévenir cette nécessité, soit en surveillant les hommes qui portent des bandages, et en les exemptant de travaux trop pénibles, soit en appliquant avec vigueur et discernement les moyens susceptibles de favoriser la réduction des hernies étranglées, sans opération; le taxis surtout demande beaucoup d'étude et d'exercice.

Nous allons dire un mot des tumeurs formées par la collection de liquides dans les cavités séreuses.

Empyème (ponction de la poitrine).

Que ce soit du sang, du pus ou de la sérosité qui se trouvent épanchés dans la cavité des plèvres, il est des cas où ces liquides demandent à être évacués par une opération qu'on appelle *empyème*, comme l'affection qui la nécessite.

En pratique navale surtout, on ne fera cette opération que lorsque l'intensité des accidents produits par l'épanchement feront craindre pour les jours du malade; que lorsque l'épanchement sera bien constaté par ses signes propres, particulièrement par la matité jointe à l'ampliation d'un côté de la poitrine, le déplacement du liquide selon la position donnée à la poitrine, la fluctuation intercostale ou manifestée par la sucussion, etc.

Deux procédés sont affectés à cette opération: l'un, et le plus ancien, consiste à ouvrir largement un espace intercostal, au moyen d'une incision pratiquée entre la quatrième et la cinquième côte, à compter d'en bas; mais nous donnons la préférence, en pratique navale, à la simple ponction par le trocart, employé avec succès par M. Dupuytren. Ici la hauteur où l'on opère est marquée par le siège de l'épanchement, au-dessous du niveau duquel il suffit de pénétrer, n'ayant pas pour but d'évacuer la totalité du liquide. Le malade placé convenablement, on fait tirer fortement la peau en haut, puis on enfonce directement un trocart à paracathèse dans l'espace intercostal qu'on a choisi, en rasant le bord supérieur de la côte inférieure. Le défaut de résistance et la profondeur où l'on est parvenu indiquent qu'on a pénétré. Le liquide s'écoule par la canule débarrassée de sa tige, et lorsqu'on a évacué la quantité voulue, on retire la canule et on lâche la peau, de sorte que le parallélisme détruit s'oppose à l'introduction de

l'air dans les plèvres, immense avantage qui, joint à la facilité de cette opération, nous fait adopter celle-ci. On panse la piqûre avec un emplâtre de diachylum, des compresses et un bandage de corps, qu'on enlève lorsqu'on suppose la réunion opérée.

On renouvelle l'opération, s'il est nécessaire, huit ou quinze jours après, en piquant plus bas et successivement. De cette manière, les parois du foyer se rapprochent graduellement, et le malade peut guérir, ou du moins il n'encourt pas les graves accidents qui suivent trop souvent l'incision, et qui peuvent compromettre la réputation de l'opérateur.

Paracenthèse (ponction du ventre).

Les considérations énoncées pour l'empyème peuvent s'appliquer ici; c'est-à-dire qu'on ne fera la ponction, dans l'ascite, que lorsque l'épanchement, facile, en général, à constater, déterminera de graves accidents, bien que cependant cette opération soit moins grave en elle-même que la ponction du thorax.

Le malade couché sur le dos, la poitrine relevée et les cuisses fléchies, le chirurgien se place à sa droite, fait comprimer le côté gauche de l'abdomen par un aide, afin de faire saillir le côté droit. Le trocart tenu dans la paume de la main, l'index étendu sur la canule pour fixer le point jusqu'où l'instrument doit pénétrer, celui-ci est enduit de cérat et plongé avec ménagement dans l'abdomen, sur le point correspondant au milieu d'une ligne qui de l'ombilic se rendrait transversalement aux apophyses épineuses des vertèbres lombaires, point qui peut varier sans inconvénient suivant plusieurs circonstances, pourvu qu'on ne s'approche pas trop de l'ombilic. Lorsqu'on sent avoir pénétré, on retire le poinçon en enfonçant la canule par laquelle le liquide s'écoule dans un vase

préparé pour le recevoir. On favorise l'écoulement en pressant graduellement sur l'abdomen, et en variant la situation du malade et de la canule. L'écoulement peut être interrompu par obstruction de l'instrument; on enlève l'obstacle en introduisant un stylet mousse dans la canule. On retire l'instrument avec douceur, on ferme la piqûre avec un emplâtre de diachylum, et l'on applique soigneusement un bandage de corps pour soutenir les parois abdominales et les intestins.

Quelquesfois l'épaisseur du liquide s'oppose à son écoulement; alors il faut remplacer la ponction par une incision.

Si la ponction donnait lieu à une hémorragie, on arrêterait l'écoulement du sang en introduisant dans l'ouverture un petit rouleau de cire ou mieux un morceau de sonde élastique.

On renouvelle la paracenthèse aussi souvent qu'il est indispensable de le faire; nous avons dit ailleurs qu'elle était rarement curative.

Hydrocèle (opération de l').

Lorsque la quantité de sérosité épanchée dans la tunique vaginale rend l'opération nécessaire, le chirurgien fera bien de se borner à la simple ponction palliative, dans les cas où le retour prochain lui fait espérer de pouvoir opérer la cure radicale dans des circonstances plus favorables; car, d'une part, toute simple qu'elle est, l'opération par injection peut amener des accidents difficiles à combattre à bord, et, de l'autre, la lenteur et le peu de gravité de l'affection peut permettre de temporiser. Cependant nous allons décrire l'opération toute entière pour les cas où elle serait réclamée ou jugée nécessaire: nous avons vu que M. Laurencin se crut obligé d'y recourir. (Tom. 2, pag. 158.)

L'opération que nous préférons en pratique navale, comme elle est préférée dans la pratique ordinaire, est l'opération par

ponction et injection, qui consiste à introduire par la canule qui a servi à l'évacuation de la sérosité un liquide irritant susceptible de déterminer l'inflammation et l'adhérence consécutive de la tunique vaginale. On se procure un trois quarts à hydrocèle, que celui pour la paracenthèse peut suppléer à la rigueur; une seringue pouvant contenir cinq ou six onces de liquide: une seringue à poitrine ou même une seringue ordinaire peuvent suppléer celle *ad hoc*; du gros vin que celui du bord peut remplacer, sauf à y ajouter un peu d'alcool; on chauffe ce vin à 54°; enfin on se munit des vases nécessaires, de compresses et d'un suspensoire.

Le malade couché à la renverse, les cuisses écartées, le chirurgien s'assure de la situation du testicule en interposant le scrotum entre l'œil et la lumière, puis il plonge le trois quarts à la partie antérieure et inférieure de la tumeur; à mesure que l'eau s'écoule, il suit avec la canule la rétraction du scrotum, de peur que l'instrument ne se fourvoie; pendant ce premier temps de l'opération un aide a vidé le vin chaud dans la seringue qu'on adapte à la canule, et l'on pousse dans les bourses une quantité d'injection égale ou même supérieure à celle de la sérosité évacuée; on retient l'injection en bouchant la canule, pendant quatre à cinq minutes, puis on l'évacue pour en introduire une seconde et même une troisième; si une trop forte irritation a des inconvénients, une trop faible rend l'opération inutile; on consultera les sensations du malade. On exprime bien le scrotum dans lequel on fait le vide avec la seringue, puis on retire la canule, on applique des compresses de vin chaud et on les maintient avec le suspensoire. Le gonflement qui survient le deuxième ou troisième jour fait présager le succès, mais demande à être maintenu dans de justes limites; s'il est extrême on le combat par les antiphlogistiques.

L'hydrocèle par infiltration et l'hydrocèle enkystée réclament l'incision qui procure l'évacuation du liquide et permet

d'introduire de la charpie dont on remplit la cavité pour déterminer l'inflammation des parois.

Il ne peut être question ici de l'hydrocèle congéniale ni de celle avec dégénérescence des parties, qui ne s'offrent pas à traiter à bord.

Nous nous abstenons de traiter des tumeurs *érectiles*, *cancéreuses*, *fongueuses*, des *polypes*, des *loupes*, etc. Toutes affections très-chroniques, très-lentes, qui par conséquent ne s'offrent pas en pratique navale, ou du moins qu'il n'est pas urgent d'opérer à bord.