

la ligne blanche, et fréquemment alors, on les rencontre au-dessous de l'ombilic dans le voisinage de ce dernier. Il n'est pas rare de voir, dans ces cas, la hernie se développer à la suite de l'écartement de la ligne blanche qui s'est produit grâce à une grossesse ou à une ascite, ou après l'extirpation d'une tumeur (diastase des muscles grands droits de l'abdomen). Une atrophie congénitale de certaines parties de ces derniers muscles (ou de la ligne blanche), favorise aussi parfois la formation d'une hernie dite ventrale. Enfin, mentionnons comme cause rare de hernies de ce genre, le relâchement de la cicatrice formée à la suite de blessures des parois abdominales.

Ces hernies ont, en général, une tendance assez marquée à l'augmentation de volume; par contre, elles ne s'étranglent que rarement, ce que l'on conçoit facilement. Quant aux moyens de contention, ils ne diffèrent en rien de ceux que nous avons décrits à propos des hernies ombilicales. Dans les cas d'étranglement, le pronostic n'est point favorable.

Dans les hernies ventrales très volumineuses, le traitement palliatif donne des résultats tout aussi imparfaits que dans la hernie ombilicale. Aussi a-t-on fait déjà plusieurs tentatives de guérison par raccourcissement des enveloppes de la hernie. Le procédé qui, tout en ne faisant courir que peu de danger au malade, promet les meilleurs résultats, est celui qui consiste à plisser la peau au-devant de la hernie, ainsi que nous l'avons décrit à propos de la contention de la hernie ombilicale par le pansement de sparadrap, puis à aviver les deux bords opposés du repli cutané et à les réunir ensemble par suture. SIMON a obtenu de cette manière la guérison de plusieurs cas graves de cette catégorie.

Dans un cas de diastase des muscles grands droits il refoula en dedans une saillie en forme de crête de coq, que présentaient les parois abdominales à ce niveau, de façon à remplacer la hernie par une gouttière longitudinale; sur les côtés de cette gouttière il aviva une zone cutanée de forme elliptique allongée, de 2 centim. de largeur. Les bords internes de la zone avivée furent d'abord réunis par des points de suture noués en dedans et abandonnés dans la plaie, puis les deux surfaces cruentées furent réunies l'une à l'autre par deux séries de sutures, superficielles et profondes. On fera bien de ménager à l'angle inférieur de la plaie une petite ouverture dans laquelle on introduira un tube à drainage; en effet, dans la poche cutanée ainsi suturée il se produit facilement de la suppuration et de la rétention de pus, ce que favorisent, du reste, les excoriations et la desquamation de la portion de surface épidermique laissée intacte. Une incision pratiquée de chaque côté de la ligne de suture diminue la tension, en général assez forte, des bords de la plaie. Pour maintenir le résultat obtenu, il est bon de faire porter au malade une ceinture abdominale (HADLICH, Lang. Arch. vol. XX, p. 565). De nos jours, dans les formes progressives graves de hernies ventrales, on peut être autorisé de tenter la suture directe de la vaste ouverture formée par écartement de la couche musculo-aponévrotique. Grâce à la méthode antiseptique, cette opération a beaucoup plus de chances de succès qu'autrefois.

Hernie diaphragmatique

§ 143. — Le passage des viscères abdominaux dans la cavité thoracique s'observe soit à l'état congénital, soit à un âge plus ou moins avancé. Dans le premier cas, la hernie arrive dans la cavité thoracique à travers une ouverture anormale congénitale du diaphragme (vice de conformation par défaut), tandis que la hernie acquise est due, presque toujours, à des lésions traumatiques, soit qu'il s'agisse des plaies pénétrantes par instruments piquants ou par armes à feu, soit qu'une violence traumatique ait agi par contusion sur le thorax ou la région abdominale.

BRUNI a décrit dernièrement un cas de hernie diaphragmatique terminée par la mort, qu'il a observée chez un individu atteint de marasme et dans laquelle le sac herniaire aurait passé à travers le diaphragme à la suite d'efforts violents de vomissements.

Parmi les ouvertures normales du diaphragme, l'orifice œsophagien seul se trouve mentionné comme ayant dans quelques cas livré passage à une hernie. Au niveau de l'insertion sternale du muscle se trouvent deux petites fentes par lesquelles les viscères abdominaux pénètrent assez souvent dans la cavité thoracique.

Les hernies du côté gauche sont naturellement plus fréquentes que celles du côté droit (sur 36 hernies diaphragmatiques acquises, POPP n'en cite que 5 occupant le côté droit); le foie, en effet, constitue, de ce côté, un moyen d'occlusion naturel pour les ouvertures que peut présenter la membrane musculeuse du diaphragme.

Les hernies diaphragmatiques sont, en général, *dépourvues de sac herniaire*; ce dernier fait constamment défaut dans les hernies traumatiques (POPP).

Dans quelques cas on a trouvé un sac qui, théoriquement, est constitué par le péritoine et la plèvre, et peut être également formé par des parties du diaphragme lui-même, lorsque la hernie ne s'est pas produite à travers une ouverture anormale congénitale ou accidentelle, mais bien par refoulement de ce muscle, à la suite de son atrophie.

Le plus souvent, dans les hernies du côté gauche, le contenu herniaire est formé par l'estomac, le côlon transverse, l'épiploon et la rate; parfois, cependant, un nombre encore plus grand de viscères pénètrent dans la cavité thoracique. Les organes thoraciques se trouvent ainsi refoulés, les poumons sont comprimés, le cœur déplacé à droite, etc.

Par conséquent, dans les hernies diaphragmatiques étendues, on doit nécessairement observer, au thorax, des symptômes physiques qui, dans certaines circonstances, permettent de poser un diagnostic exact. Lorsqu'à la suite d'une contusion, par exemple, une hernie diaphragmatique

s'est formée depuis peu de temps, et que l'estomac et l'intestin ont fait irruption dans la cavité thoracique, le médecin appelé posera le plus souvent le diagnostic de pneumothorax circonscrit, et ce n'est que la durée des symptômes physiques et leur inconstance qui éveilleront des doutes dans son esprit. S'il observe, en même temps, des symptômes d'irritation péritonéale, de constipation opiniâtre, ou même d'étranglement interne, il acquerra un peu plus de sûreté dans l'interprétation des phénomènes observés. Dans un cas typique de ce genre, j'ai tout au moins supposé qu'il s'agissait d'une hernie diaphragmatique, et ce diagnostic de probabilité s'est trouvé confirmé, à l'autopsie, au bout de plusieurs années, le malade ayant succombé à une autre affection.

Dans les cas non récents de hernies diaphragmatiques, on réussit assez souvent à poser un diagnostic exact, lorsque, chez un individu qui se plaint de troubles fonctionnels pouvant faire soupçonner une hernie, on constate l'existence d'un pneumothorax circonscrit du côté gauche avec phénomènes cliniques très variables; le diagnostic sera plus sûr encore si l'anamnèse nous apprend qu'un traumatisme antérieur a été suivi des troubles gastriques.

Les hernies diaphragmatiques congénitales entraînent souvent la mort du nouveau-né, à cause de l'étendue de l'ouverture de communication et de la pénétration en masse des viscères abdominaux dans la cavité thoracique. Par contre, les hernies acquises sont compatibles avec une longue existence; parfois même elles ne se manifestent que par des troubles digestifs modérés dans d'autres cas; on observe des symptômes de compression des poumons par les viscères herniés. La hernie peut s'étrangler, ce qui n'est pas très rare, et l'on voit survenir alors des symptômes d'étranglement interne. C'est précisément dans les cas de ce genre que l'on réussit assez souvent à reconnaître la nature de la maladie en se basant à la fois sur les phénomènes d'auscultation et de percussion, sur l'anamnèse et sur les symptômes d'étranglement. De fait, le diagnostic a pu être ainsi posé plusieurs fois. Néanmoins, on n'a pas encore fait, jusqu'ici, de tentatives opératoires dans le but de guérir les hernies diaphragmatiques étranglées. Il est hors de doute, cependant, que le seul moyen de traitement rationnel, est celui qui a été déjà indiqué par LAENNEC, et qui consiste à pratiquer une incision des parois abdominales d'une longueur suffisante pour permettre d'introduire deux doigts dans la plaie et d'attirer en bas les viscères herniés. De nos jours, grâce aux garanties que nous donne la méthode antiseptique, cette opération a perdu un peu des dangers qui lui sont inhérents. L'incision doit avoir une étendue suffisante pour que l'on ne soit pas gêné par les intestins dans les manipulations nécessaires à la réduction de la hernie.

Dans les hernies diaphragmatiques non étranglées, il ne saurait naturellement être question d'un traitement. Les individus qui en sont affectés doivent mener une vie paisible et éviter tout excès de table.

4. FISTULE STERCORALE ET ANUS CONTRE NATURE

§ 144. — Lorsqu'une anse intestinale a contracté des adhérences avec le péritoine pariétal, et qu'une ouverture fait communiquer l'intestin avec l'intérieur, soit à travers les parois abdominales, soit au niveau d'un sac herniaire, on donne à cette ouverture de communication le nom de **fistule intestinale** ou **fistule stercorale**. Une partie du contenu de l'intestin s'écoule au dehors par cette fistule. Lorsque, par suite des conditions anatomiques de l'intestin et de la fistule, tout le contenu intestinal sort par l'ouverture des parois abdominales au lieu d'être évacué par les voies naturelles, il est d'usage de donner à la fistule présentant ces caractères le nom d'**anus contre nature**.

Dans le cours de notre étude des maladies chirurgicales de l'abdomen, nous avons déjà fait plusieurs fois mention des fistules stercorales qui succèdent à des lésions traumatiques, ou reconnaissent pour cause des processus inflammatoires et néoplasiques. Une plaie des parois abdominales et de l'intestin peut déterminer directement une fistule, les bords de la plaie intestinale venant se souder au pourtour de la plaie extérieure; ou bien l'endroit blessé de l'intestin contracte des adhérences avec le péritoine pariétal, et il se forme à ce niveau un **abcès stercoral** qui donne lieu secondairement à une fistule.

Bien plus souvent on observe une fistule stercorale à la suite de processus inflammatoires et gangréneux de l'intestin. Dans les formes inflammatoires on ignore souvent la nature exacte du processus, dont la connaissance serait cependant d'une très grande importance au point de vue du traitement. Cependant nous croyons ne pas nous tromper en mettant sur le compte de la **tuberculose** la majorité des fistules intestinales inflammatoires. Il ne s'agit pas seulement d'ulcérations perforantes de l'intestin lui-même; assez souvent, en effet, la tuberculose débute non pas par la muqueuse, mais bien par l'enveloppe péritonéale de l'intestin dans les cas de tuberculose du péritoine. L'intestin contracte alors des adhérences avec la paroi abdominale, tandis que le processus tuberculeux se propage jusque dans la cavité intestinale. Dans ces cas, on observe parfois des perforations multiples faisant communiquer l'intestin avec l'extérieur; ainsi dans les fistules intestinales de la région de l'ombilic, que nous avons décrites plus haut, on trouve parfois fixées à la paroi antérieure de l'abdomen un certain nombre d'anses intestinales recouvertes par le péritoine tuberculeux et présentant çà et là des perforations.

Des perforations non tuberculeuses peuvent être évidemment aussi déterminées par des processus qui détruisent de dehors en dedans la paroi intestinale. Ainsi, nous avons observé plusieurs fois des fistules du gros intestin dans le côté droit du bassin, fistules qui s'étaient formées à la