

C'est une tumeur ordinairement petite, lobulée, perdue sur la périphérie de la glande ou dans sa profondeur. Contrairement aux fibromes dont la mobilité est grande et la surface arrondie, dont la dureté est manifeste et l'indolence absolue, l'épithélioma est plus adhérent, irrégulier à sa surface, d'une dureté peu considérable, et surtout d'une date beaucoup moins ancienne : c'est une tumeur récemment apparue et qui dans un temps assez court a pu déjà acquérir un volume important. Ajoutons que, sans être douloureuse, elle est quelquefois un peu sensible, mais qu'elle ne détermine encore aucune réaction sur les ganglions voisins et qu'autour d'elle les tissus sont libres d'adhérences et souples.

Le plus souvent on est appelé à se prononcer quand déjà la zone glandulaire a été franchie et quand l'infiltration s'est produite autour d'elle. C'est la *période indifférente* du carcinome, pendant laquelle la voie lymphatique n'a pas été pénétrée, et rien ne fait encore, sauf les symptômes locaux, supposer que la vie est menacée à bref délai.

Une petite douleur lancinante, un coup, un traumatisme léger qui ont provoqué de la sensibilité exagérée sur le sein malade, plus encore la sensation d'un corps dur, d'une grosseur perçue par la main, ont averti les malades qu'elles avaient une tumeur du sein.

Au centre de la mamelle on perçoit en effet un noyau plus ou moins volumineux dont la dureté est manifeste et qui semble se perdre au milieu des parties molles par des contours indécis que la main ne peut délimiter exactement. Dans une étendue notable la glande mammaire se confond avec lui et participe de sa dureté. A ces premiers caractères, il est difficile de ne pas reconnaître le carcinome, d'autant que d'autres altérations des parties voisines, vrais signes de certitude, ne tardent pas à se montrer. La petite tumeur dont les bords sont fondus au milieu des parties molles, attire en effet vers elles ces mêmes parties à mesure qu'elle les infiltre : le mamelon n'est plus aussi saillant que du côté sain : il est déprimé, comme cerclé et finira bientôt par disparaître quand le néoplasme s'est primitivement développé non loin de lui. En même temps la peau est moins mobile, semble fixée profondément ou retenue par des liens invisibles : quand on la prend en masse pour la faire glisser sur la tumeur, elle se plisse et paraît rugueuse. A un degré plus avancé cette peau subit le même sort que le mamelon et, de plus en plus adhérente, elle est attirée profondément par les tractus fibreux sous-dermiques envahis peu à peu. Aussi devient-elle chagrinée, présentant cet aspect *peau d'orange* décrit par les auteurs.

Ces troubles du côté des téguments ne se produisent guère sans que profondément il ne s'en manifeste d'autres plus graves, plus menaçants pour la santé générale.

Il est donc certain que la période d'indifférence est presque insaisis-

sable ; à peine constatée, elle est déjà passée, cédant la place à la généralisation qui va rapidement s'affirmer tous les jours.

En effet, la diffusion des éléments carcinomateux fait autour d'elle des progrès dans le tissu conjonctif, et quand on examine la tumeur on retrouve dans toute l'étendue du sein des tractus durs séparés par des zones moins résistantes, des prolongements comparés aux pattes d'un crabe, qui ne permettent plus d'affirmer qu'une seule partie de la glande a échappé à l'envahissement morbide. On distingue même quelquefois des cordons durs dirigés vers l'aisselle et qu'à bon droit on considère comme des vaisseaux lymphatiques chroniquement enflammés et distendus par les cellules qui les ont pénétrés. La tumeur qui jusque-là était restée mobile sur les parties profondes se fixe sur l'aponévrose et le grand pectoral, et l'on est averti que si la maladie fait des progrès elle aura, dans un temps variable, gagné vers les espaces intercostaux et les plèvres en suivant toujours les voies lymphatiques qui se dirigent dans ce sens. A ce moment les ganglions qui ont pu se montrer gros, infiltrés déjà depuis longtemps, sont sûrement envahis et témoignent en dernier ressort que la tumeur maligne est sur le point d'entraîner l'infection générale de l'économie. Ici se termine le procédé de propagation aux parties voisines. La généralisation lui succède.

Le plus souvent, quand le mal a acquis un degré assez avancé, il s'est passé du côté du sein d'autres faits importants : l'ulcération s'est produite, entraînant une destruction progressive de la peau et laissant sur elle un ulcère déchiqueté, à bords indurés et renversés en dehors, exubérant de bourgeons livides ou creusé à l'évidoir, sec et sanieux, ne donnant que rarement naissance à des hémorragies limitées. Parfois aussi, par points disséminés, la peau se couvre de noyaux indurés qui se multiplient et gagnent de proche en proche les régions voisines. La généralisation et la cachexie qui l'accompagne s'annoncent par un dépérissement progressif des zones, dépérissement toujours augmenté par l'écoulement sanieux de la plaie et l'absorption septique qui se fait à sa surface. La peau devient jaune paille, l'appétit se perd, et trop souvent des douleurs apparaissent progressives sur les filets nerveux de la région envahie comme tous les autres tissus. Enfin, quelquefois bien avant la cachexie, plus souvent en même temps qu'elle, les malades éprouvent des douleurs dans les épiphyses des os, surtout dans la colonne vertébrale, ressentent une sensibilité vive dans la région hépatique, crachent quelquefois du sang : divers signes qui trahissent des noyaux cancéreux formés dans le système osseux ou les gros viscères.

Tels sont les symptômes et telle est la marche du carcinome du sein. Mais si le plus souvent la tumeur se présente avec les caractères cliniques que nous lui avons décrits, elle revêt dans bien des circonstances un type particulier qui mérite d'être connu.

A côté du squirrhe commun que nous avons présenté existe, surtout

chez les femmes après la ménopause, le squirrhe atrophique à évolution lente, à dureté considérable, d'ulcération tardive qui se recouvre au contraire de productions cornées de la peau, et rétracte tellement autour de lui les parties molles que le sein disparaît presque complètement. Tandis que la précédente forme durait dix-huit mois, deux ans, celle-ci reste dix ans et plus sans troubler la santé générale, car elle n'envahit pas tout d'abord le tissu lymphatique et semble pour ainsi dire étouffée par le tissu conjonctif hyperplasié à mesure qu'elle se développe.

A l'inverse du squirrhe, le cancer mou, l'encéphaloïde a une marche souvent fort rapide, bien vite il acquiert un volume exagéré, et autour de lui les parties molles, également envahies, n'offrent pas cette rétraction sur laquelle nous venons de tant insister. Elles sont, en même temps qu'infiltrées, repoussées par la tumeur et la peau s'ulcère à la surface autant par distension que par désagrégation morbide. Bien plus que dans le carcinome dur, autour du sein se montrent des vaisseaux dilatés, des veines saillantes, et dans quelques cas les téguments, quand la marche est très rapide, prennent une teinte violacée, livide, presque inflammatoire, au point que des praticiens ont quelquefois pratiqué de larges incisions, croyant avoir affaire à un phlegmon diffus de la mamelle.

Mais ces cancers foudroyants sont loin d'être fréquents : ils ne constituent que de très rares exceptions, types accentués d'un état morbide défini.

Dans l'encéphaloïde l'ulcération, dès qu'elle s'est produite, laisse passer de gros bourgeons fongueux, saignants, pouvant quelquefois donner lieu à des hémorrhagies sérieuses.

On décrit un *cancer en cuirasse*, un *cancer suffocant*. Est-ce une forme distincte des précédentes ? Nous ne le pensons pas et nous avons déjà exprimé cette pensée en disant, à propos de la propagation du mal aux parties voisines, qu'on voyait souvent la peau présenter des noyaux isolés qui se multiplient à l'infini et finissent par gagner les régions voisines. Non seulement la peau, mais encore le tissu sous-cutané se laisse dans ces cas pénétrer par une extension rapide du cancer, et la lésion d'abord localisée sur le sein dont elle amenait la rétraction se reproduit pour ainsi dire autour du thorax, entraînant cette compression, cette oppression des plus gênantes qui amène lentement la mort au milieu des plus pénibles tortures. Nous avons, il y a quelques mois, examiné une malade atteinte d'un cancer en cuirasse à son plus haut degré de développement. Les deux seins, les parties antérieures et postérieures du thorax, tout le membre supérieur gauche jusqu'à la main, et la moitié inférieure du cou se trouvaient transformés en un tissu dur, chagriné, inextensible.

La raison des différentes formes du cancer se trouve dans leur structure intime sans qu'il soit encore possible d'expliquer pourquoi dans tel

cas le squirrhe se produit et dans tel autre l'encéphaloïde. On sait en effet que suivant l'abondance ou la pauvreté de la trame fibreuse la tumeur est squirrheuse ou encéphaloïde, et que l'atrophie, dont certains cas présentent un degré accusé, tient à la rétraction du tissu fibreux de formation nouvelle qui s'est développé parallèlement à l'irritation produite par l'infiltration cancéreuse.

Enfin il n'est pas douteux que le squirrhe en cuirasse ne soit le résultat d'une propagation du mal sur les vaisseaux lymphatiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Le *diagnostic* du cancer du sein ne semble présenter de difficulté qu'au début, quand la tumeur encore très circonscrite ne revêt pas les caractères très définis que nous avons décrits dans sa marche. On pourrait alors la confondre soit avec le fibrome, soit avec le sarcome, mais la différence d'évolution, de consistance, de forme même permet en général de la distinguer.

Traitement. — Si le cancer a une marche fatale, son traitement doit être radical. Mais il ne faut pas sur les résultats de l'action chirurgicale, si énergique et bien dirigée qu'elle soit, se faire la moindre illusion. En général, c'est-à-dire presque toujours, la récidive sur place ou la généralisation, trop souvent les deux à la fois, suivent l'opération sanglante. Il n'y a cependant pas dans cette solution fâcheuse de raison suffisante pour la faire repousser. En effet, quelques sujets guérissent, d'autres sont pour longtemps à l'abri d'une récidive, un bon nombre peuvent durant des années conserver la santé, grâce à la surveillance active de leurs chirurgiens, qui se rendent compte à époques fixes de l'état de la cicatrice et n'hésitent pas à enlever un noyau suspect dès qu'il apparaît. Depuis cinq ans, nous avons pu, en suivant cette pratique, enlever sur la même malade, qui conserve encore une santé excellente, onze récidives qui n'ont jamais nécessité que de très petites opérations.

Toute intervention large et pratiquée dès le début avant la période d'infiltration, d'envahissement des parties voisines, peut être une très bonne opération : plus tard, quand il faut faire de très larges sacrifices, le résultat sera souvent mauvais. Il est difficile d'admettre en effet que dans les tissus supposés sains il ne reste pas un fragment de tissu conjonctif, quelque vaisseau lymphatique infiltré, un ganglion axillaire déjà malade, très petit, échappé à nos recherches.

On ne peut que donner son entière approbation à la pratique suivie dès longtemps par certains chirurgiens, résumée à la Société de chirurgie par Kirmisson, et qui consiste dans les cas de carcinome mammaire à toujours enlever les ganglions de l'aisselle, qu'ils aient été trouvés saillants sous la peau ou que la plus minutieuse recherche ne les ait pas fait découvrir. Nous pensons même, conformément à la conduite que nous avons toujours suivie dans l'extirpation du sein, qu'il est très utile de faire, depuis la glande jusqu'au fond du creux

axillaire, une seule et même incision qui permet d'enlever à la fois toute la glande, tout le tissu cellulaire qui s'étend vers l'aisselle, et enfin tout le tissu connectif de cette dernière région, ainsi que les ganglions qu'il contient. Faire deux incisions, l'une pour la glande et l'autre pour l'aisselle, c'est s'exposer à laisser entre les deux régions une zone étendue de tissu dans laquelle restent des vaisseaux lymphatiques déjà malades.

En recommandant les opérations larges, nous devons cependant conseiller de conserver autant que possible la forme de la région et, pour obtenir ce but, de rechercher la réunion rapide de la plaie. Nous suturons toute l'étendue de ses bords et plaçons, dans la profondeur de la région pectorale et de la région axillaire, un ou deux drains très volumineux, dont l'extrémité vient sortir en arrière au voisinage de l'omoplate. L'écoulement des liquides, grâce à la position couchée du malade, se fait beaucoup mieux que lorsqu'on place les drains dans la plaie, et cette dernière guérit toujours par première intention.

En recommandant les opérations larges qui seules peuvent dans une certaine mesure prévenir les récurrences rapides, on doit proscrire toute intervention dans les cas de tumeurs trop étendues ou accompagnées d'engorgements ganglionnaires trop considérables. Aussi faut-il, avant de décider une opération, s'enquérir avec soin de la consistance du tissu, de l'état de la peau, des adhérences à la région pectorale, de l'état de la plaie, et surtout du volume des ganglions axillaires et sus-claviculaires. Il est certain que si l'on constate que la tumeur est absolument fixée non seulement aux muscles pectoraux, mais encore aux côtes, qu'il y a du frottement pleural, des hémoptysies, ou bien que la chaîne ganglionnaire s'étend jusqu'au-dessous de la clavicle, il est inutile de tenter une opération. Il va sans dire que l'une seule de ces conditions suffit à l'exclusion des autres pour s'opposer à l'extirpation de la tumeur; mais, sans poser de règles plus certaines, nous dirons que l'expérience clinique et l'habitude des malades sont nécessaires pour bien régler la conduite qu'il faut tenir; que l'on constate, par exemple, que la tension du grand pectoral amène une certaine immobilité du sein malade, cela ne suffit pas pour faire repousser le traitement radical, mais que l'adhérence soit plus complète et surtout qu'elle soit accompagnée d'autres signes d'une propagation rapide ou d'une généralisation probable, il faudra s'abstenir.

Tumeurs bénignes. — Sous cette dénomination doivent être compris les fibromes, les sarcomes, les mixomes.

Ces tumeurs sont rarement composées d'un tissu homogène, mais contiennent au contraire des parties étrangères au tissu principal, qui font que tel néoplasme supposé bénin peut à un moment revêtir des caractères malins. C'est ainsi que le tissu fibreux, le tissu sarcomateux, myxomateux, le chondrome sont souvent associés. Cependant on

rencontre dans la mamelle des fibromes et des chondromes types. Des autres variétés nous ne devons pas nous occuper.

Le *fibrome* du sein a ici les caractères qu'il présente dans les autres régions, mais en raison de la structure conjonctive des cloisonnements de la glande et des tissus qui l'entourent, il peut affecter la forme diffuse.

Le fibrome diffus n'est autre que l'hypertrophie simple dont les degrés les plus accentués ont été rapportés par les auteurs. Il existe depuis le volume exagéré du sein jusqu'à ces monstruosités véritables signalées à titre d'exceptions.

Ses caractères sont bien indiqués par l'anatomie pathologique. Déjà, dans un chapitre précédent, nous avons parlé de la mammité interstitielle avec ses progrès lents ou ses poussées quelquefois plus rapides, laissant après elle un volume exagéré de l'organe, ou des noyaux isolés durs, mobiles, constituant de vrais fibromes perdus au milieu d'un tissu fibreux proliféré. Il est en somme le fibrome diffus qui, s'il ne s'arrête pas, arrive à produire l'hypertrophie extrême.

Son histoire clinique est celle de cette mammité interstitielle qui se développe avec la puberté, s'affirme pendant la grossesse ou après elle, mais est toujours une affection de la jeunesse. Très rapide dans son évolution, dans certains cas, quand elle succède à une poussée inflammatoire, elle subit au contraire dans d'autres circonstances des temps d'arrêt et n'arrive que lentement à son complet développement. La peau qui rougit quand les poussées arrivent, s'épaissit un peu, le tissu cellulaire devient plus dense et plus abondant, çà et là dans la trame profonde se dessinent des zones fibreuses et des noyaux indurés.

Ces noyaux que le palper peut isoler des parties voisines glissent facilement, s'échappent sous le doigt qui les presse et ressemblent beaucoup aux petites tumeurs sans caractères très défini qui constituent la première période de l'épithélioma ou du sarcome. Mais leur dureté plus affermie, surtout leur état stationnaire pendant de longues périodes, et enfin l'écoulement par le mamelon qui souvent les accompagne, peuvent servir pour les reconnaître.

Le *fibrome circonscrit* peut n'être que l'exagération des noyaux isolés qu'on rencontre dans le fibrome diffus. Il croît lentement, mais arrive à acquérir un volume quelquefois considérable. Tous ses symptômes et sa structure nous sont connus par les descriptions qui en ont été données dans le chapitre général des tumeurs.

La tumeur, malgré son développement, ne réagit pas sur la glande et les tissus voisins qui sont refoulés autour d'elle. La peau se laisse distendre et ne s'ulcère que tardivement par pression à mesure qu'elle est amincie. Il n'existe point d'engorgement ganglionnaire. Cependant il faut tenir compte des cas où le néoplasme a une structure complexe et où des transformations se produisent, à un moment donné, indiquant la présence du tissu sarcomateux.

Le traitement du fibrome varie nécessairement avec ses diverses formes et surtout son volume. Basé sur les résolutifs, la compression, l'iodure de potassium, quand la tumeur est petite, il devient radical si le volume augmente et surtout si la nature de la tumeur paraît subir des modifications inquiétantes.

L'extirpation n'a pas à se préoccuper des ganglions et ne doit pas s'adresser à la totalité de la glande qui n'a pas subi d'infiltration spéciale. Il suffit d'enlever simplement la tumeur en ayant soin de supprimer avec elle l'enveloppe fibreuse qui l'unit aux tissus voisins.

Sarcome. — Le sarcome du sein est, comme nous l'avons dit, souvent une tumeur mixte, mais dans les cas fréquents où il revêt les caractères nets de la tumeur à développement rapide, à structure cellulaire fasciculée ou embryonnaire, il se présente comme une affection dont la place serait mieux indiquée parmi les tumeurs malignes.

Son aspect, sa forme, sa consistance se rapprochent tout à fait du fibrome. Comme lui, il refoule les parties voisines et, sans produire d'engorgement ganglionnaire, n'ulcère que tardivement la peau. Mais la marche lente au début devient bientôt rapide et les téguments, parcourus par de grosses veines dilatées, cèdent enfin devant la distension pour s'ouvrir au centre de la tumeur et laisser passer de gros bourgeons fongueux, saignants, qui viennent former de vastes champignons d'où s'écoule incessamment du liquide sanieux.

A ces caractères qui indiquent déjà la nature spéciale de la tumeur peut s'ajouter enfin l'engorgement ganglionnaire, et surtout un état cachectique, ainsi que des phénomènes non douteux de généralisation dans les viscères et les os.

Cette période ultime rappelle celle du carcinome dont l'aspect de l'ulcère et surtout la marche qui l'a précédé peuvent seuls distinguer le sarcome.

Le sarcome est surtout justiciable de l'opération sanglante, de l'extirpation totale, et il est préférable de sacrifier avec lui la totalité de la glande. Par l'exirpation la malade bénéficie le plus ordinairement d'une survie importante, mais elle n'est point mise, dans la plupart des cas, à l'abri de la récurrence. Le sarcome récidive en effet sur place avec une grande facilité. Aussi convient-il, comme pour le carcinome, de surveiller avec soin les opérées et d'enlever tout point suspect dès qu'il se montre autour de la cicatrice.

2° TUBERCULOSE MAMMAIRE.

La tuberculose de la glande mammaire n'est pas une affection fréquente, et son histoire est encore entourée d'une certaine obscurité tenant au petit nombre de faits qui ont été recueillis.

On distingue trois formes : les tubercules disséminés, les tubercules confluents et l'abcès froid.

Les tubercules disséminés sont difficilement reconnus, car ils donnent à la glande une consistance inégale qui peut être confondue avec l'induration des autres tumeurs de cette région et ne trouvent guère de caractères distinctifs que dans l'état général et l'altération ganglionnaire qui les accompagne.

La forme confluente présente des symptômes et une anatomie pathologique qui se rapprochent beaucoup de ce qu'on observe dans le testicule tuberculeux. Masses indurées, dures, irrégulières, disposées en noyaux adhérents entre eux ; ulcération rapide succédant à des poussées inflammatoires avec fièvre, issue d'un pus grumeleux, persistance de trajets fistuleux intarissables ; enfin engorgement ganglionnaire et état général qui ne permet pas de douter de la tuberculose.

L'abcès froid n'a rien de spécial dans la région qui nous occupe et nous le considérons comme de nature essentiellement tuberculeux, qu'il vienne du tissu mammaire, des travées conjonctives interlobulaires et intralobulaires dans lesquelles le nodule tuberculeux s'est développé, ou qu'il vienne des tissus plus profonds, des os en particulier.

La nature spéciale des tubercules, c'est-à-dire le retentissement fâcheux qu'ils exercent sur l'économie par la voie lymphatique ne permet pas de recourir simplement à un traitement général. Toujours nécessaire, ce dernier n'obtient aucun résultat si la tumeur n'est pas détruite dès qu'elle prend un développement sérieux. L'opération sanglante large ou limitée, telle qu'on la fait pour les tumeurs malignes du sein, avec extirpation des ganglions axillaires, est pour la tuberculose du sein une opération qui ne souffre pas d'hésitation, tout foyer de tuberculose isolé devant être traité de la même manière qu'un sarcome ou un carcinome.

3° SYPHILOMES DU SEIN.

Les accidents tertiaires étant seuls à considérer ici, nous signalerons simplement la mastite syphilitique diffuse et les gommés.

La première affection est analogue à tous les engorgements glandulaires, à toutes les lésions indéterminées, sans caractères précis dont la nature spécifique est simplement supposée en raison de son étrangeté et des antécédents suspects présentés par le malade, surtout quand un traitement général basé sur le mercure et l'iodure de potassium obtient rapidement des résultats.

Les gommés du sein ressemblent à celles de toutes les autres régions et ne demandent pas une description spéciale.

Les tumeurs du sein sont assez souvent observées chez l'homme.

L'hypertrophie coïncidant avec la cryptorchidie ou survenant après la castration doit être signalée.

Les tumeurs bénignes sont rares. Les tumeurs malignes sont les plus fréquentes, et le squirrhe occupe la première place. Après lui vient l'épithélioma.

La marche de ces néoplasmes ne diffère pas de ce qu'on voit chez la femme, et le traitement reconnaît les mêmes indications.

CHAPITRE IV. — LÉSIONS CHIRURGICALES DU DIAPHRAGME.

Les traumatismes directs, coups violents, compressions énergiques, les projectiles, les instruments piquants ou tranchants, peuvent atteindre et dilacérer le diaphragme. On a signalé des ruptures de ce muscle par suite d'efforts violents de vomissement; il me semble plausible d'admettre que dans ces derniers cas il devait préexister une altération de la fibre musculaire ou du centre phrénique.

Pour se rendre compte des plaies du diaphragme à la suite de causes vulnérantes extérieures, il ne faut pas perdre de vue que, loin de constituer une voûte régulière et symétrique des deux côtés du corps, ce muscle présente à droite une courbure dont le sommet remonte plus haut qu'il ne le fait à gauche et que dans son milieu, surtout en avant, le centre phrénique constitue un creux, une vallée limitée à droite par une saillie considérable due à la présence du foie, et à gauche par une voussure moins forte due à la rate et à l'extrémité supérieure du rein.

Il ne faut pas oublier non plus qu'en arrière les fibres musculaires du diaphragme descendent beaucoup plus bas qu'elles ne le font en avant, le niveau de l'appendice xyphoïde étant beaucoup plus élevé que celui de la douzième vertèbre dorsale. Dans cette région postérieure, le diaphragme est pour ainsi dire appliqué contre la paroi thoracique et forme ainsi un espace virtuel que l'extrémité inférieure du poumon ne vient occuper que pendant les inspirations les plus profondes. Il peut donc se faire qu'à ce niveau un instrument tranchant ou piquant puisse, en pénétrant, ouvrir ce cul-de-sac tapissé par la plèvre, atteindre le diaphragme, et même les viscères abdominaux, sans qu'une hémoptysie se manifeste, le poumon n'ayant pas été touché.

Les chiffres que nous pourrions indiquer comme limites du plan tangentiel aux différents sommets de courbure du diaphragme ne pourraient être que des moyennes, car en effet les temps de la respiration au moment de la blessure, l'état de plénitude ou de vacuité des organes digestifs, la contraction ou le relâchement des muscles de l'abdomen, la fermeture ou l'ouverture de la glotte, la coexistence d'un épanchement pleurétique quelconque, de l'état de grossesse, etc., ont

une influence si constante sur les déplacements du diaphragme, que l'excursion du muscle varie d'un moment à l'autre, et qu'indiquer ces moyennes ne pourrait qu'induire en erreur.

Toutes ces considérations font comprendre que les instruments vulnérants ne sauraient atteindre le diaphragme sans léser presque infailliblement les organes thoraciques ou les viscères abdominaux, et très souvent tous les deux. On s'explique encore que dans toute déchirure du diaphragme, qu'elle soit due à des traumatismes extérieurs ou à des efforts, la pression intra-abdominale aura une tendance à faire engager une partie viscérale, anse intestinale ou autre, dans la boutonnière musculaire produite. En se contractant, les fibres du diaphragme s'appliquent sur le pourtour de la partie herniée et peuvent l'étrangler. Jamais les bords de la rupture ne pourront se ressouder par cicatrisation, en raison des mouvements constants que la respiration imprime au diaphragme. Les accidents déterminés par l'étranglement varient avec la nature des organes herniés : vomissements, constipation, ainsi que tous les accidents de l'étranglement interne.

L'origine du nerf phrénique, qui trouve son centre non dans la moelle cervicale mais bien dans le bulbe, explique les accidents généraux de syncope, de troubles circulatoires qui toujours accompagnent les plaies ou déchirures du diaphragme; l'innervation de l'estomac rend facilement compte de l'exagération des mêmes symptômes généraux, quand ce viscère est hernié vers la poitrine à travers la solution de continuité du diaphragme.

Très souvent les blessés accusent une douleur vive remontant jusqu'à l'épaule. Cette douleur, fort peu explicable encore, apparaît dans toutes les lésions du foie; nous aurons à y revenir plus loin en parlant des affections hépatiques.

Le malade peut mourir rapidement par syncope, ou encore parce que les contractions du diaphragme blessé étant douloureuses, il immobilise la base du thorax, et sa respiration limitée à la partie supérieure du poumon devenant insuffisante, l'asphyxie lente peut l'emporter.

La péritonite traumatique se manifeste très rapidement et peut, à son tour, le faire succomber au bout de quelques jours.

Traitement. — Il n'est pas toujours facile de savoir au début si le diaphragme est ou n'est pas lésé; la direction de la blessure, l'examen attentif de l'état dans lequel se trouvaient les organes au moment de la blessure, permettront de supposer plutôt que d'affirmer la lésion. Quoi qu'il en soit, on immobilisera le thorax autant que faire se pourra, on combattra la péritonite si elle semble imminente. Mais quand des symptômes d'étranglement interne viendront faire soupçonner une hernie diaphragmatique, il importera de se comporter comme dans tous les cas d'étranglement interne; il faudra, aidé de toutes les précautions antiseptiques possibles, ouvrir l'abdomen, aller à la recherche