

Traité des fibromes de la paroi abdominale / par Léon Labbé et Charles Remy.

Contributors

Labbé, Léon, 1832-1916.
Remy, Charles

Publication/Creation

Paris : Delahaye et Lecrosnier, 1888.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/sa8exhpb>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

M18770



22900337768





TRAITÉ
DES FIBROMES
DE LA PAROI ABDOMINALE

TRAITÉ
DES FIBROMES
DE LA PAROI ABDOMINALE

PAR

LÉON LABBÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON

MEMBRE ET ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

ET

CHARLES REMY

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEF DES TRAVAUX HISTOLOGIQUES A LA FACULTÉ

PARIS

A. DELAHAYE ET E. LECROSNIER, ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1888

-14791644

DES LIBRUMS

311223/28404



WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	weIMOmec
Call	
No.	WI 900
	1888
	L11t

M18770

INTRODUCTION

Le hasard m'ayant permis d'observer, en quelques années, un assez grand nombre de *fibromes de la paroi abdominale*, j'ai été frappé de ce fait, qu'il n'existait aucun travail complet sur ce sujet intéressant de chirurgie.

Il m'a semblé qu'étudier cette question avec détails pourrait être de quelque utilité.

M. le docteur Remy, qui avait vu, avec moi, le plus grand nombre de mes opérées et qui avait fait l'examen histologique des tumeurs que j'avais enlevées, a bien voulu s'associer à moi dans ce travail.

Nous avons tenu, dans cette monographie, à mettre, autant que possible, sous les yeux du lecteur, tous les documents qui avaient été publiés sur ce sujet.

Il nous a paru que c'était le plus sûr moyen de permettre à tous d'arriver à une exacte appréciation des faits.

LÉON LABBÉ.

Paris, mars 1888.

ATROPHY

1. Atrophy is a general term applied to the wasting of any organ or tissue, and is usually the result of disuse or disease. It may be partial or complete, and may be permanent or temporary.

2. Atrophy is usually accompanied by a decrease in the size of the organ or tissue, and by a change in its color and texture.

3. Atrophy may be caused by a variety of factors, including disuse, disease, and injury. It is often a result of the body's response to a lack of use or a change in the environment.

4. Atrophy is a common condition, and it can affect any part of the body. It is often a result of the body's response to a lack of use or a change in the environment.

5. Atrophy is a common condition, and it can affect any part of the body. It is often a result of the body's response to a lack of use or a change in the environment.

6. Atrophy is a common condition, and it can affect any part of the body. It is often a result of the body's response to a lack of use or a change in the environment.

TRAITE

DES

FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'historique de la question des *fibromes de la paroi abdominale* commence réellement en 1850. C'est à tort qu'on a voulu y rattacher des faits publiés antérieurement : ainsi la thèse de Dewulf (1) et les observations de Lisfranc (2) et de Boulenger (3) ne contiennent absolument rien qui se rapporte à ce sujet, malgré l'opinion de Grätzer qui les cite dans la bibliographie de sa thèse (Breslau, 1879).

Nous pouvons diviser cet historique en plusieurs périodes :

PREMIÈRE PÉRIODE

La première période va de 1850 à 1860. Elle est caractérisée par la publication d'observations isolées.

(1) Des tumeurs qui peuvent occuper la paroi abdominale antérieure. Thèse, Paris, 1839.

(2) Tumeurs des parois abdominales. *Gaz. méd.* Paris, 1837, t. V, p. 342.

(3) Tumeur fibreuse hypogastrique. *Bull. Acad. de méd.* 1842-43, XIII, p. 650.

Celles-ci ont passé inaperçues. Personne ne les a groupées pour en tirer un enseignement précis ; il faut le regretter pour la chirurgie française, car la connaissance de ces faits nous aurait évité quinze années de conceptions erronées et de tâtonnements opératoires. C'est pour bien le prouver que nous avons reproduit dans leur intégrité toutes les observations de cette période. Il découle, de leur lecture, des connaissances qui contrastent avec les idées que nous verrons apparaître dans la deuxième période.

En 1850, quatre observations de tumeurs de la paroi abdominale antérieure se succèdent à peu d'intervalle. Elles sont par ordre chronologique : la première de Sappey, alors suppléant d'une chaire de Clinique ; la deuxième d'un médecin militaire belge nommé Limaube ; la troisième et la quatrième de Langenbeck.

Les deux premières observations qui, analysées attentivement, semblent bien se rapporter à notre sujet, présentent ce caractère particulier, et tout à fait exceptionnel, d'avoir été recueillies sur des *hommes*, alors que les *fibromes de la paroi abdominale* semblent constituer une affection appartenant, presque exclusivement, à la *femme*.

Ces deux tumeurs qui avaient été considérées comme constituées par du tissu encéphaloïde, présentaient à leur surface des points ulcérés. Mais, en tenant compte de leur marche lente qui avait été celle des tumeurs bénignes, on doit rattacher la production de ces ulcérations au gros volume de la tumeur qui avait amené l'amincissement de la peau.

Dans le cas de Sappey, l'examen histologique, qui fut fait par Robin, conclut à l'existence de tissu fibro-plastique, ce qui correspond à notre dénomination actuelle de fibrosarcome.

Les cas de Langenbeck sont indiscutables. Les tumeurs ont été observées sur des femmes, comme c'est la règle. Elles étaient de vrais fibromes de la paroi abdominale antérieure ; leur nature, leur marche et leurs symptômes en révélaient la bénignité.

Voici les faits :

OBSERVATION I. — *Tumeur volumineuse de la région ombilicale, de nature fibro-plastique, prise pour une tumeur encéphaloïde. — Extirpation. — Guérison ;* par SAPPEY (1).

X..., journalier, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. Sappey le 19 mai 1849. Il s'aperçut, il y a douze ans, de l'existence d'une petite tumeur qui était grosse comme une noisette, molle, indolente, et sans changement de coloration de la peau. Accroissement lent jusque dans ces derniers temps, mais très rapide depuis six mois. Ça et là, et depuis deux mois, petites excoriations qui se sont recouvertes de croûtes. A dater de cette dernière époque seulement, quelques élancements dans la tumeur.

État actuel. Dans la région ombilicale, tumeur du volume d'un melon assez gros. Forme d'un ovoïde à grand diamètre transversal, étendu d'un hypochondre à l'autre, dont l'extrémité droite est la plus volumineuse. Diamètre vertical d'environ 7 à 8 pouces. Elle est arrondie et légèrement pédiculée. Ses limites, lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, sont appréciables seulement à la partie supérieure ; elles remontent jusqu'à 4 centimètre et demi au-dessous de l'appendice xiphoïde, en bas elles sont cachées par le relief de la tumeur qui dépasse de trois travers de doigt l'insertion inférieure du pédicule, celle-ci se fait précisément au niveau de la cicatrice ombilicale.

La tumeur est lisse, dure, parfaitement arrondie dans son tiers droit, mamelonnée, ulcérée dans le reste de son étendue et couverte de croûtes d'un brun jaunâtre qui alternent avec la coloration violacée de la peau. Dans quelques points, notamment en bas et sur la ligne médiane, on constate une certaine mollesse et une fluctuation douteuse. Les points ulcérés ne fournissent jamais d'hémorrhagies. Enfin la tumeur est assez mobile, elle paraît être superficielle et ne pas faire saillie intérieurement.

(1) *Gazette des hôpitaux*, janvier 1850, p. 29.

L'état général du malade est satisfaisant ; son teint est bien un peu jaunâtre, mais l'appétit est parfaitement conservé. Les autres fonctions sont normales ; somme toute, pas d'autre gêne que celle produite par le volume.

Malgré l'absence de fongosités et d'hémorrhagies, on diagnostique une tumeur encéphaloïde ayant subi un commencement de ramollissement.

Opération le 26 mai : une incision unique, ovale, circonscrit toutes les parties de la tumeur dont la peau est altérée. On dissèque les lambeaux de peau saine jusqu'au niveau de l'insertion du pédicule à la paroi abdominale ; pendant ce temps de l'opération, on ouvre un petit kyste séreux sous-cutané qui donnait lieu à la fluctuation de la partie inférieure.

La dissection est continuée, ensuite, vers la profondeur de la tumeur qui est plane et adhérente à la paroi abdominale. L'adhérence est constituée par un tissu cellulaire assez lâche, excepté vers le centre où le tissu morbide pénètre dans l'interstice des fibres aponévrotiques de la ligne blanche. Cette petite portion de la tumeur se déchire très facilement, et l'on éprouve alors quelque difficulté à l'extraire complètement ; on y parvient, cependant, en râclant, avec la pointe d'un bistouri, le tissu dont la pénétration n'est pas profonde.

Il reste, après l'opération, une énorme perte de substance ovale comme la tumeur ; les bords supérieur et inférieur de la plaie peuvent être rapprochés et mis en contact, quoique avec peine ; on dissèque, pour faciliter la réunion, le lambeau supérieur seulement, car l'inférieur dont le bord libre est à un pouce et demi de l'ombilic a été primitivement disséqué jusqu'au niveau de cette cicatrice. Il s'en écoule fort peu de sang, on n'a eu affaire qu'à de petites artères qui ont été tordues.

Enfin, les lèvres de la plaie, affrontées, sont réunies par douze points de suture entortillée, d'où résulte une caverne complète, aplatie, à paroi antérieure constituée par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, à paroi postérieure formée par les aponévroses abdominales.

La tumeur incisée largement offre à la coupe une surface blanche, homogène, cloisonnée, très dure, plus grise que le tissu encéphaloïde, ne fournissant pas au râclage le suc laiteux caractéristique, et sans aucune vascularisation.

Robin, prié d'examiner cette tumeur au microscope, n'y trouve pas de cellules cancéreuses, mais seulement du tissu fibro-plastique.

OBSERVATION II. — *Tumeur fibreuse prise d'abord pour un cancer, opération, guérison*; par A.-J. LIMAUGE, médecin de bataillon de 1^{re} classe à Bruxelles (1).

Le nommé G..., boulanger, âgé de 55 ans, habitant la commune d'Uccle, était porteur, depuis plusieurs années, d'une tumeur volumineuse, dans l'épaisseur des parois abdominales. Cet homme, d'une constitution éminemment nerveuse, maigre, n'avait antérieurement été atteint d'aucune maladie. Ses père et mère et ses enfants n'ont jamais présenté de maladie semblable à la sienne.

Il y a environ 14 ans, G... ressentit, au côté droit et un peu au-dessus du nombril, une tension qui le gênait dans les mouvements. Il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur du diamètre d'un centimètre, qui alla toujours croissant pendant les dix premières années, sans déterminer d'autres phénomènes que de la gêne dans les fonctions digestives. Au bout de ce temps, la tumeur avait le volume du poing. Dans les quatre dernières années, elle s'accrut rapidement; la gêne des fonctions digestives augmentait en raison du volume; des douleurs sourdes, profondes ou fugitives furent suivies de douleurs que le malade comparait à des élancements, et qui reparaissaient plusieurs fois dans la journée. A partir de cette époque, le teint de G... s'altéra sensiblement, il devint d'un jaune paille.

Ce fut surtout pendant ces quatre dernières années que G... songea sérieusement à réclamer les secours de la médecine. Il s'adressa successivement à plusieurs praticiens, dont les uns conseillèrent les applications émollientes, d'autres les résolutifs, tels que les préparations de plomb, d'iode, etc.; dans les derniers temps enfin un chirurgien distingué proposa le séton, qui ne fut pas appliqué. On avait aussi employé sans plus de succès les saignées locales.

Le 27 octobre dernier, je fus appelé en même temps que M. le docteur Lebeau. Nous trouvâmes une tumeur du volume de la tête d'un enfant de 4 à 5 ans, située dans l'endroit indiqué plus haut. Elle était dure, non bosselée, recouverte d'une peau profondément altérée, rouge, et sur le point de s'ulcérer en plusieurs endroits, et le malade nous apprit qu'il ne pouvait plus manger sans éprouver de grands dérangements des fonctions digestives. Les douleurs étaient continues et souvent lancinantes; la tumeur avait pris dans les derniers temps un grand développement vers la partie supérieure, et comprimait surtout le côlon transverse et l'estomac. G... était fort amaigri et son teint profondément altéré.

(1) *Gazette des hôpitaux*, février 1850, n. 20, page 79. Extrait des *Archives belges de médecine militaire*.

Le malade nous posa formellement la question : pouvait-il être oui ou non opéré ? Quelques praticiens, auxquels il s'était adressé avant nous, avaient répondu négativement, dans la pensée que l'affection, étant de nature cancéreuse, serait sujette à récidive.

Contrairement à cette opinion, nous nous décidâmes pour l'affirmative pour les motifs suivants : La tumeur était dure, arrondie et non bosselée ; elle avait mis beaucoup de temps à se développer, et l'altération de nutrition s'expliquait, très bien, par cette longue gêne apportée dans les fonctions digestives. Quant aux douleurs lancinantes, nous pensâmes qu'elles étaient loin de constituer un signe certain de cancer, et nous fûmes d'avis que la tumeur était de nature fibreuse, genre d'affection si bien décrit dans ces derniers temps, et particulièrement par Muller. En conséquence l'opération fut pratiquée le 28 du même mois en présence de M. Lebeau et de quelques autres médecins de la localité. Ne pouvant conserver intégralement la peau altérée qui recouvrait la tumeur, je pratiquai au centre de celle-ci une incision circulaire de 12 centimètres de diamètre. Je dus sacrifier toute l'épaisseur des muscles abdominaux, attendu que la tumeur était implantée sur l'aponévrose profonde (*fascia internalis*) ; une dissection minutieuse parvint à la séparer complètement de cette membrane, et le péritoine fut ainsi préservé de toute atteinte. Il ne restait plus qu'un mince pédicule fortement adhérent à l'aponévrose. Au moment de la séparation de la tumeur, apparut un jet artériel abondant. L'artère lésée avait le volume de la radiale, et nous supposâmes qu'elle était une des branches de la mammaire interne qui s'unit à l'épigastrique, anormalement développée pour la nutrition de la tumeur. Nous cherchâmes en vain à la lier ; à chaque tentative pour la saisir, soit avec des pinces, soit avec le *tenaculum*, elle fuyait sous l'aponévrose entre cette membrane et le péritoine. Le sang coulait abondamment, le malade perdait visiblement ses forces, il fallait prendre un parti. Diviser l'aponévrose et mettre à nu le péritoine, c'était s'exposer à léser cette membrane et à encourir toutes les chances d'une inflammation et d'une éventration. Appliquer le cautère actuel était impossible, puisqu'on ne pouvait atteindre le vaisseau ; n'était-ce point d'ailleurs provoquer, inévitablement, une péritonite mortelle ? Nous n'avions sous la main aucun moyen hémostatique. Pendant qu'un aide exerçait la compression, je fis pulvériser finement du charbon de bois et j'en saupoudrai des boulettes de charpie. Elles furent successivement appliquées les unes sur les autres à l'endroit d'où partait le sang ; ces boulettes furent assez nombreuses pour offrir une épaisseur de trois travers de doigt. Des compresses graduées furent superposées, et un bandage roulé compressif appliqué pour maintenir l'appareil. Dès ce moment l'hémor-

rhagie s'arrêta et ne se reproduisit plus. Comme on le voit, aucune réunion ne fut possible. Pendant tout le temps que dura l'opération, le sujet, placé sous l'influence du chloroforme, ne ressentit aucune douleur.

L'appareil ne fut levé que le cinquième jour, alors que la suppuration en avait détaché les différentes pièces. Les pansements furent renouvelés tous les trois jours, la cicatrisation fit des progrès rapides, et deux mois après elle était complète.

Le teint du malade a recouvré sa coloration normale, les fonctions digestives s'accomplissent bien, et G... a repris un certain embonpoint.

Examen de la tumeur. — Coupée en différents sens, la tumeur fut trouvée uniformément constituée de tissu fibreux, sans trace de vaisseaux, sans aucun point ramolli, ayant dans toute son étendue la même consistance. Elle crépitait sous le scalpel et pesait environ 5 livres. Sa nature fibreuse ne fut mise en doute par aucun des assistants.

Réflexions. — Cette observation me paraît prouver, une fois de plus, que des tumeurs présentant quelques-uns des caractères attribués au cancer peuvent être de toute autre nature, et réclamer, impérieusement, une opération que quelques praticiens seraient tentés de repousser d'une manière absolue.

OBSERVATION III. — *Gros fibrome de la paroi abdominale. Extirpation le 15 janvier. Mort par péritonite, le 18 janvier 1850; par LANGENBECK (1).*

Augusta S... de M..., âgée de 24 ans, célibataire, forte et d'aspect florissant, a souffert dans sa jeunesse de gonflements ganglionnaires scrofuleux dont il ne lui est resté aucune trace. A 18 ans, elle fut menstruée; à 20, elle accoucha. Après la délivrance vinrent des symptômes d'ovarite du côté droit qui furent écartés par une énergique médication. Depuis deux ans, cette malade a remarqué, par hasard, une petite tumeur dure, de la grosseur d'un pois, sur le côté droit de la paroi abdominale, au-dessus du ligament de Poupert. Cette tumeur s'accrut, d'abord lentement, mais ensuite rapidement, dans le dernier trimestre. Le 13 janvier, la malade fut reçue à l'établissement. Une tumeur très ferme, dure et tuberculeuse à sa surface, de la circonférence d'une grosse tête d'enfant, occupe la région infra-abdominale droite. Elle fait peu saillie à travers les parois abdominales, de façon que la moitié à peine de son volume est visible à l'extérieur. Elle

(1) *Deutsche Klinik*, 1850, page 222, Grosses Fibroid der Bauchdecken.

pénètre au contraire profondément dans la cavité abdominale et à travers les parois abdominales elle ne peut que difficilement être circonscrite par les mains. Elle est un peu sensible aux fortes pressions et détermine vraisemblablement, par sa pesanteur, de fortes douleurs passagères. En touchant par le vagin, on sent la tumeur lorsque de l'autre main placée à l'extérieur on déprime, profondément, les parois abdominales.

Langenbeck diagnostiqua un fibrome qui devait avoir pris naissance dans les couches les plus profondes de la paroi abdominale, vers le fascia transversalis, parce que s'il faisait peu de saillie à l'extérieur, au contraire il proéminait beaucoup dans la cavité abdominale. A cause de cela, et comme il s'était manifesté des symptômes d'ovarite aiguë, on pouvait facilement être conduit à croire que la tumeur appartenait à l'ovaire droit. Cette conception fut cependant écartée par les résultats de l'examen interne. Il manquait aussi dans ce cas les symptômes habituels aux tumeurs de l'ovaire et en particulier l'œdème et la douleur dans le membre inférieur correspondant. L'extirpation était indiquée, urgente, parce que la tumeur, dans son accroissement, avait une marche vers la cavité abdominale et qu'une lésion du péritoine devenait de plus en plus difficile à éviter.

Le 15 janvier, Langenbeck extirpa la tumeur. La patiente fut étendue sur la table d'opération et complètement étourdie par le chloroforme. Un aide déplaçait la tumeur autant que possible en avant et à droite. Une incision longitudinale de 8 pouces (20 centimètres) divisa les parois abdominales. Après que le fascia oblique externe et le muscle oblique interne eurent été incisés, la face superficielle de la tumeur fut mise à jour. Elle put être saisie par une pince de Museux et fortement soulevée.

Après avoir dépouillé plusieurs couches molles de tissu cellulaire, la tumeur fut mieux isolée et il se montra une adhérence de la largeur de la main avec le fascia transversalis. Celle-ci dut être réséquée et décollée du péritoine parce que la partie de la tumeur qui faisait saillie vers la cavité n'aurait pas pu être enlevée sans cela. La séparation du fascia transversalis et du péritoine fut accomplie seulement avec les doigts; ce dernier fut mis à jour, dans l'étendue de la main, sans être blessé. La tumeur fut complètement isolée jusqu'à un de ses petits prolongements qui s'avancait, très profondément, vers la cavité péritonéale. Langenbeck cherchait avec beaucoup de ménagements à dépouiller le péritoine de cette partie, lorsque tout à coup, dans un mouvement de traction à peine sensible, une déchirure d'un pouce et demi se produisit dans le péritoine et une anse intestinale sortit. L'anse herniée ne fut pas replacée sans peine,

parce qu'au même moment un violent vomissement survint, comme il en arrive, souvent, pendant la narcose chloroformique. L'hémorrhagie des parois fut arrêtée par la ligature de deux petites artères. La plaie fut exactement réunie par suture, et un léger bandage compressif fut appliqué.

Lorsque la malade fut réveillée, elle se plaignit de violentes douleurs, dans la blessure, qui furent encore augmentées par des accès répétés de vomissements. Le soir les vomissements continuèrent. Pouls petit et régulier. Douleurs dans l'abdomen. Pilules de glace. Saignée de : 3viii.

L'examen microscopique donna les caractères du fibrome.

16 janvier. — Les nausées et les vomissements continuent. Les évacuations alvines manquent : abdomen tendu et sensible à la pression. Pouls 160. Nouvelle saignée, lavement.

Le soir forte évacuation alvine. Rémission des vomissements. Vingt sangsues sur l'abdomen.

17 janvier. — La nuit a été agitée, le vomissement est revenu à plusieurs reprises. La tension de l'abdomen est diminuée. Pouls 150, plus développé. Vingt sangsues. Frictions d'onguent mercuriel double sur le ventre. Cataplasmes chauds.

18 janvier. — La malade a déliré la nuit. La tendance aux vomissements continue. Soif ardente et vomissements. Le pouls est à peine sensible, la température s'abaisse, l'abdomen est mou, tout à fait insensible. Le soir à 3 heures, mort.

L'autopsie ne fut malheureusement pas faite.

OBSERVATION IV. — *Gros fibrome de la paroi abdominale. Extirpation le 7 mai. Guérison*; par LANGENBECK (1).

Frédérique Bultmann, 29 ans, de taille moyenne et de constitution assez forte, brunnée, élancée, fut reçue, le 7 mai 1850, à la clinique. De bonne santé habituelle, elle avait été réglée à 14 ans. Le 14 décembre 1846 elle accoucha pour la première fois difficilement, mais cependant régulièrement. En avril 1848 elle remarqua, par hasard, une tumeur de la grosseur d'un haricot dans le voisinage de l'ombilic, sur le côté gauche, sous la peau qui se laissait déplacer pendant que celle-là restait fixe. Seulement, aux changements subits de la température et à l'époque de la menstruation, la tumeur devenait douloureuse. Elle resta presque un an sans grossir, mais, subitement, elle augmenta sans que les bains, les sangsues ou les frictions eussent de résultat sur elle. Plus elle s'accrut, plus les douleurs devinrent

(1) *Deutsche Klinik*, 1850, Grosses Fibroid der Bauchdecken.

fortes à la période des menstrues qui diminuèrent d'abondance. Pour le reste, cette femme était dans le plus parfait état de santé.

A l'examen on trouva à gauche près de l'ombilic une tumeur obliquement placée, de la circonférence d'une grosse tête d'enfant. Ses enveloppes antérieures étaient sillonnées de veines volumineuses et étaient légèrement mobiles.

La tumeur qui siégeait, apparemment, sur l'aponévrose du muscle oblique externe présentait une grande dureté, était sans douleur et avait une forme de sphère aplatie à surface bosselée.

Pour l'extirpation, une incision longue de 7 pouces, dirigée de haut en bas et de gauche à droite, fut faite à la peau. Elle découvrit la tumeur, de façon que l'on pût la libérer des minces couches de tissu conjonctif qui l'entouraient. La base de la tumeur était, comme on l'avait prévu, fortement soudée avec l'aponévrose du muscle oblique externe dont on dut enlever la partie correspondante. Une artère jaillissante fut liée. Les bords de la plaie furent rapprochés complètement avec des bandelettes de sparadrap. Un léger bandage compressif fut appliqué. L'opérée se trouva assez bien jusqu'au jour suivant, alors se montrèrent de vives douleurs de reins et de la fièvre. Dans la nuit ces symptômes disparurent et au pansement, le 9 mai, la plaie montra un bon aspect, si bien que les cataplasmes froids furent abandonnés.

La tumeur fut reconnue à l'examen comme un fibrome de la structure habituelle. Le tissu conjonctif parut plus organisé au centre, plus jeune à la périphérie, où une couche rouge épaisse de 2 à 3 lignes montrait un tissu conjonctif très riche en sang, en nombreuses cellules ovales et fusiformes et en noyaux. La couleur sanglante, de beaucoup de points de la superficie, venait de l'hyperhémie qui s'était établie çà et là, même dans la profondeur, et était très manifeste en quelques endroits.

Au total, la tumeur se montrait de formation plus jeune que celle du n° 18 de la *Deutsche clinique* de cette année et paraissait beaucoup plus riche en suc spécialement à la périphérie.

14 mai. — La paroi abdominale est soudée avec la surface de la plaie dans une très grande étendue, un petit point suppure, la malade est sans fièvre.

Peu à peu de nouveaux faits s'ajoutent aux premiers.

En 1851 Bouchacourt, de Lyon, donne une observation très soigneusement recueillie, mais un peu longue. Il entre dans les détails précis sur les symptômes et le

diagnostic. Il emploie pour ses recherches cliniques le procédé d'*immobilisation par la contraction musculaire*.

En 1855, Santesson, chirurgien suédois, publie un nouveau cas. Il le compare avec un autre qu'il aurait observé antérieurement, mais qu'il nous a été impossible de retrouver. Il indique que ces deux tumeurs avaient le même siège dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen. Il explique une particularité de leur évolution, l'accroissement rapide à un moment donné. Au début, ce sont des fibromes, mais il peut se produire une imbibition de liquides qui s'interposent à leurs éléments et détermine l'augmentation subite de volume.

En 1856, Paget fait connaître un fait très intéressant par son origine traumatique, et qui s'est présenté chez un homme. De même que Santesson, Paget a observé antérieurement une autre tumeur du même genre, mais nous n'avons pu, non plus, trouver de renseignement sur elle.

La même année, Langenbeck publie une troisième observation. Dans ce cas, la tumeur fut confondue, pendant quelque temps, par un médecin, avec une maladie de l'ovaire. Langenbeck, qui en fit le diagnostic, l'opéra et trouva une tumeur toute spéciale par sa forme en bouton de chemise, ce qui donna lieu à une complication importante : l'ouverture du péritoine inséré au fond de la gorge de séparation.

Avec ce dernier fait se termine la première période de notre historique.

OBSERVATION V. — *Tumeur fibro-plastique de la région iliaque, du volume d'un gros œuf, développée sans cause connue dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et inter-musculaire des parois abdominales. — Dia-*

gnostic difficile. Extirpation faite sans toucher au péritoine. Développement d'un érysipèle traumatique. Accidents graves. Guérison; par BOUCHACOURT (de Lyon) (1).

Madame G..., âgée de 25 ans, habite les environs de Dôle. D'un tempérament nerveux et très irritable, elle a été réglée à l'âge de 13 ans; le flux menstruel a toujours coulé, depuis lors, en petite quantité; ses digestions sont ordinairement pénibles et laborieuses. Elle a eu deux enfants, le premier accouchement date de trois ans et le second de l'année dernière.

Au mois de juillet 1850, elle s'aperçut d'une tumeur qu'elle portait au niveau de la fosse iliaque gauche; cette tumeur était alors grosse comme une petite noisette, dure et non adhérente à la peau qui glissait, facilement, au-dessus d'elle.

Cette tumeur ne provoquait pas la moindre douleur; elle resta stationnaire pendant quelque temps. Mais, au mois de septembre dernier, elle augmenta sensiblement de volume; des douleurs assez vives, s'irradiant de la tumeur au pli de l'aîne, se manifestèrent; la jambe gauche devint faible et la marche ne put s'accomplir qu'avec assez de difficulté.

Les viscères contenus dans l'abdomen subirent aussi l'influence de cette grosseur; les digestions, primitivement pénibles, le devinrent de plus en plus; des douleurs sourdes apparurent dans le bas-ventre.

Le volume, sans cesse croissant, de cette tumeur ne tarda pas à inquiéter cette dame; sous le coup de cette double influence, elle devint triste, inquiète et extrêmement impressionnable.

Dans la crainte de voir grossir de plus en plus cette tumeur, elle se décida à consulter son médecin, qui, ayant jugé une opération indispensable, l'engagea à se rendre à Lyon pour s'en faire débarrasser, le plus promptement possible. Ce fut alors qu'elle vint se mettre entre les mains de M. Bouchacourt, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité.

Voici l'état de madame G... au moment de son arrivée à Lyon: Elle porte, au niveau de la fosse iliaque gauche et dans l'épaisseur de la paroi abdominale qui recouvre cette région, une tumeur dure et du volume d'un gros œuf de poule, non adhérente à la peau; elle est obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; elle a, en un mot, la même direction que les fibres du muscle grand oblique. Elle se trouve placée juste au-dessus de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Les douleurs qu'elle provoque ne sont ni fortes, ni lanci-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1851.

nantes ; elle gêne la marche et semble produire de la faiblesse dans la jambe gauche ; la défécation n'est nullement dérangée.

Je viens d'annoncer que cette tumeur se trouvait *située dans l'épaisseur des parois abdominales* ; il s'agit maintenant d'établir le diagnostic local d'une manière beaucoup plus exacte et, en second lieu, de discerner *sa nature*.

Pour ce qui regarde sa situation, Bouchacourt constatant d'une part que la peau qui la recouvrait était mobile et non adhérente et d'une autre part que la tumeur se déplaçait lorsque l'on faisait contracter les parois abdominales, déclare avoir affaire à une tumeur développée dans *l'épaisseur des fibres aponévrotiques et musculaires du grand et du petit oblique et du transverse de l'abdomen*. Ce n'était pas encore assez d'établir sa situation par rapport aux muscles, il fallait aussi, et c'était là la chose la plus importante, bien rechercher si la base n'avait pas déjà contracté des adhérences avec le péritoine ; ce point de diagnostic délicat et minutieux était, comme on le pense bien, extrêmement utile à connaître. Comme la tumeur était mobile et que, par la palpation, on lui faisait éprouver des mouvements alternatifs de va-et-vient ; comme elle ne gênait en rien la défécation et qu'elle ne provoquait ni dérangement du côté de l'estomac, ni douleurs sourdes et profondes dans la fosse iliaque gauche ; comme, en un mot, on pouvait avec la main la soulever et sentir alors la base implantée dans l'épaisseur des muscles ci-dessus indiqués, M. Bouchacourt déclara qu'elle était située au-dessus du péritoine, et que si, par cas, elle avait déjà contracté quelques adhérences avec cette séreuse, elles ne devaient pas être très fortes et céderaient facilement sous l'influence de quelques faibles tractions exécutées au moment de l'extirpation de cette tumeur.

Ce premier point vidé, restait à reconnaître sa nature, circonstance qui devait aggraver ou rendre le pronostic plus favorable. Ne constatant point de douleurs lancinantes, prenant en considération la marche de la maladie, l'absence d'engorgement ganglionnaire, Bouchacourt fut conduit à admettre l'existence d'une tumeur *fibreuse* du genre de celles que Lebert a désignées sous le nom de fibroplastiques.

Cette tumeur était-elle le résultat de l'engorgement d'un ganglion lymphatique ? Bouchacourt ne le pense pas ; car outre que les ganglions lymphatiques sont peu nombreux dans le lieu où siégeait la tumeur, il est probable que si l'on eût eu affaire, dans ce cas, à un engorgement ganglionnaire, on aurait dû trouver la présence de quelques autres ganglions plus ou moins volumineux ; cela n'existait pas.

Le diagnostic étant donc parfaitement établi, Bouchacourt résolut de faire l'ablation de cette tumeur.

Pour exécuter cette opération délicate et très minutieuse on pouvait avoir recours à deux méthodes différentes :

1° Ou inciser la peau qui recouvrait la tumeur, fortement soulevée par un aide et aller ensuite en opérer la dissection à l'aide du bistouri et des ciseaux ;

2° Ou bien mettre en pratique le procédé dit par embrochement, c'est-à-dire celui qui consiste à traverser la base de la tumeur avec un bistouri long et la diviser ensuite en deux parties en faisant agir l'instrument de bas en haut et des parties profondes vers les superficielles, chacune des deux parties de la tumeur pouvant, alors, être facilement enlevée, soit par arrachement, soit à l'aide de pinces et de ciseaux.

Bouchacourt ne voulut pas, dans cette circonstance, mettre en usage cette dernière méthode beaucoup plus expéditive que la première sans doute, mais aussi moins sûre dans ses résultats, vu la situation de la tumeur ; car, malgré toutes les précautions possibles, en l'attaquant par sa base, il aurait bien pu intéresser le péritoine sur lequel elle reposait et par suite faire naître des accidents. Le premier procédé, plus long mais plus sûr, lui parut bien préférable, dans cette circonstance, puisque avec de l'attention et de la réflexion il était à peu près sûr de ne pas toucher à cette membrane séreuse.

Après avoir convenablement préparé, quelques jours à l'avance, sa malade, Bouchacourt exécuta le 2 avril 1851 l'opération suivante en présence de Bonnet, dont il demanda l'assistance dans cette circonstance.

Un aide ayant fait fortement saillir la tumeur, en la pressant avec ses mains appliquées sur sa base, et en la soulevant de bas en haut, Bouchacourt incisa longitudinalement, et en suivant une ligne oblique de bas en haut, la peau qui recouvrait la tumeur ; il divisa, ensuite, cette dernière en deux parties égales, en prenant bien la précaution de ne pas inciser trop profondément dans la crainte d'intéresser le péritoine. Abandonnant ensuite le bistouri, il écarta avec les mains les deux parties de la tumeur et rompit, par ce moyen, ce qui restait de sa base que l'instrument n'avait pas attaqué. Il chercha ensuite à énucléer les deux portions de la tumeur ; mais, comme elles étaient adhérentes aux parties fibreuses et musculaires qui les entouraient, il coupa minutieusement avec des ciseaux tout ce qui faisait corps avec elles ; cette dissection délicate prouva que le péritoine n'était nullement attaqué, mais bien que la tumeur développée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal reposait en partie sur la séreuse.

Celle-ci était tout à fait saine, nullement injectée ni épaissie. Pendant cette opération, on eut à lier huit vaisseaux assez importants ;

la ligature d'un d'entre eux, profondément placé au-dessus des fibres aponévrotiques du grand oblique, nécessita pour être accomplie l'incision verticale d'une partie de ce muscle.

Dès que le sang fut complètement étanché, on rapprocha doucement les deux bords de la plaie, sur laquelle on appliqua un linge cératé, un gâteau de charpie et des compresses; le tout fut maintenu en place par le spica de l'aine.

Anatomie pathologique. — La tumeur, de la forme et du volume d'un gros œuf de poule, pesait 50 grammes; elle avait pour diamètres les suivants : le transverse 3 centimètres et demi, et le longitudinal 6 centimètres; sa surface externe était entourée d'une coque fibreuse adhérent çà et là avec des fibres musculaires qu'il avait fallu couper. Son intérieur était composé de tissu fibreux très dur, dans les mailles duquel existaient des produits plastiques; c'était donc une tumeur fibro-plastique comme on l'avait diagnostiqué avant l'opération.

Le soir de l'opération, à deux heures, la malade ne souffrait que très légèrement de sa plaie. Le pouls était large, souple, à 72 pulsations; l'excrétion de l'urine s'était accomplie à deux reprises différentes; une légère sueur s'était manifestée: elle coïncidait avec de la soif.

Le 3 avril la nuit a été assez bonne; madame G... a dormi 3 heures d'un sommeil continu; mais le matin, à la visite de Bouchacourt, il y a de la chaleur à la peau, qui est sèche; le pouls est fort et donne 86 pulsations; une céphalalgie sus-orbitaire s'est déclarée; les urines sont fréquentes, la soif est vive; constipation, douleur du côté de la plaie.

Le 4 avril, la plaie est en partie réunie; mais, en pressant légèrement sur les bords, on fait sortir un peu de pus à l'angle interne. De plus il est survenu un érysipèle à son pourtour; il a déjà gagné le côté gauche du ventre qui se trouve ballonné et douloureux à la moindre pression.

Le 5 avril, les menstrues ont apparu, pendant la nuit, et à leur suite une déjection d'une grande quantité de matière bilieuse qui débarrasse singulièrement la malade. Le pouls est toujours fréquent, mais la peau est chaude et moite: les urines sont rouges et assez abondantes; les coliques ont disparu; le ventre n'est plus si ballonné, mais il est légèrement douloureux, surtout au pourtour de la plaie.

L'érysipèle existe toujours, mais sa rougeur est moins vive; de plus il tend à gagner la partie supérieure du côté gauche du ventre. Frictions mercurielles sur l'érysipèle; lavement huileux. Décollement des bords de la plaie qui laisse échapper une assez grande quantité

de pus assez bien lié. On prend la précaution d'introduire une mèche de charpie à l'angle interne de la plaie, dans le but de faciliter l'écoulement des liquides.

Le 6, la malade a bien reposé la nuit, la fièvre a diminué; le pouls est à 70, souple et facilement dépressible; le ventre est libre, peu douloureux; l'érysipèle a presque disparu au pourtour de la plaie, qui donne issue à une suppuration de bonne nature, mais il a gagné le côté gauche et antérieur de la poitrine. Les menstrues cessent de couler.

Le 7, l'amélioration se maintient, le ventre n'est presque plus douloureux, la fièvre a disparu, l'érysipèle suit une marche décroissante. La plaie suppure en abondance. On continue le même pansement, les mêmes remèdes, on prescrit un lavement avec l'huile d'amandes douces, 30 grammes.

Le 8, l'érysipèle a disparu en partie.

Le 17, le dernier des fils de la ligature tombe. La cicatrisation était complète le 26 avril.

OBSERVATION VI. — *Case of Fibro-cellular epiperitoneal Tumour successfully operated;* par SANTESSON (1).

Madame X..., de Stockholm, âgée de 34 ans, me consulta au commencement d'octobre pour une masse placée sur le côté gauche de la région stomacale. Elle raconte l'avoir sentie environ deux mois avant, et elle l'a vue grossir, très rapidement depuis les dernières semaines. La tumeur ne lui avait causé ni douleur ni malaise spéciaux, c'est seulement par hasard qu'elle y ressentait des élancements et des coupures. Elle avait remarqué quelquefois qu'elle était sensible à la pression vers son angle interne.

A l'examen, je trouvai que cette tumeur occupait la partie antérieure et supérieure de l'hypochondre gauche. D'après des signes évidents, elle était placée à l'extérieur du sac péritonéal, dans les parois abdominales, mais si profondément, suivant toute probabilité, qu'elle reposait sur le péritoine au-dessous de tous les muscles. Ainsi ces derniers étaient, dans une certaine mesure, mobiles sur la tumeur. Mais si les parois abdominales étaient relâchées de façon à pouvoir être prises dans un pli, on sentait la tumeur suivre les déplacements, au moins par sa partie inférieure, car l'extrémité supérieure passait sous le bord des côtes en dedans desquelles elle semblait se

(1) *Dublin quarterly journal*, 1855, XX, p. 493, traduit de *Hygiea* de 1855, p. 225.

continuer, par en haut, à quelque distance. Elle était, là, plus solidement attachée aux parties environnantes et était inaccessible à l'examen par le toucher. Si le diagnostic de la situation de la tumeur était correct, sa partie supérieure devait s'étendre par en haut jusqu'à la ligne où les insertions supérieures du muscle droit et du muscle transverse rencontrent, à la face interne des cartilages costaux, les insertions antérieures du diaphragme.

La tumeur était de forme ovale, on la sentait ferme, presque dure avec une surface plane et un peu convexe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Elle présentait une dépression transversale peu profonde, par laquelle la tumeur était divisée en deux parties, une supérieure plus grande et l'autre inférieure plus petite. La longueur depuis les côtes jusqu'en bas mesurait plus de 5 pouces et demi (16 centimètres 5 millimètres). La largeur du bord externe du muscle droit qu'elle recouvrait mesurait à peine 5 pouces (15 centimètres).

Quand la partie externe et inférieure de la tumeur était soulevée avec les parois abdominales, on sentait facilement que la surface regardant en dedans était fortement convexe, plus convexe que celle regardant en avant.

Il n'y avait pas de symptômes indiquant la compression des parties intra-abdominales contiguës. Deux petits pains français (comme on les appelle à Stockholm), ayant leurs faces inférieures appliquées l'une contre l'autre, donneront une représentation assez exacte de la forme et de l'étendue de la tumeur.

Sur les antécédents de la tumeur j'ai obtenu les renseignements suivants : pas de tendance morbide héréditaire. La patiente, de forte et grande stature, avait invariablement joui d'une santé uniforme et parfaite. Elle avait été réglée régulièrement depuis la fin de sa quatorzième année. Elle se maria à 29 ans et eut trois enfants qu'elle nourrit elle-même. Le dernier enfant, un garçon, naquit le 7 août 1854, et quand la malade me vit pour la première fois, environ 7 semaines après ses couches, elle avait dans les deux seins une riche et abondante provision de lait qui semblait convenir sous tous les rapports à l'enfant. Rien de morbide ne pouvait être découvert à l'inspection médicale dans les organes du thorax ou de l'abdomen.

La dernière grossesse s'était accompagnée d'attaques d'épilepsie qui s'étaient reproduites après la délivrance.

L'auteur laisse croire qu'il voyait quelque relation entre la tumeur et l'épilepsie et qu'il espérait débarrasser du même coup sa malade des deux choses. Il ajoute qu'il ne pouvait retarder beaucoup l'opération, car la tumeur marchait avec une telle rapidité qu'elle s'accroissait de plusieurs pouces par mois.

Pour le diagnostic, il repousse le cancer malgré la rapidité d'évolu-

tion et se rallie, à cause du siège, à l'idée de tumeur épipéritonéale fibro-cellulaire semblable à celle qu'il a déjà observée deux ans avant.

Sa détermination prise, il fallut sevrer l'enfant, arrêter le lait et attendre un peu que l'équilibre fût rétabli, ce qui fut fait, pendant que la tumeur grossissait toujours et s'étendait de semaine en semaine. Enfin, le 22 décembre, l'extirpation fut entreprise, après que la malade eut été placée sous l'influence du chloroforme... Une incision de 8 pouces environ fut faite sur le milieu de la grande longueur de la tumeur. Elle pénétrait dans la tumeur sur une faible profondeur. Elle produisit une hémorrhagie parenchymateuse considérable, qui cependant cessa presque complètement par l'emploi de la compression et l'application d'éponges trempées dans l'eau froide.

En libérant la tumeur sur la face antérieure, l'opérateur ne rencontra rien de particulièrement difficile, à l'exception de cette partie de la tumeur qui passait sous le bord du droit et qui avait des adhérences très solides avec sa gaine fibreuse. Après avoir disséqué la face antérieure et les bords, il essaya de passer au-dessous et en arrière de l'extrémité inférieure, pour pouvoir, selon le besoin de la dissection, soulever la tumeur et suivre avec plus de sûreté le scalpel sur les faces postérieure et inférieure. Il y réussit, excepté dans l'étendue de 4 pouces carrés sur le milieu de la face interne, où l'union avec le revêtement fibreux du péritoine (fascia transverse aminci) était si intime, que, considérant la finesse de la couche séparant la tumeur de la cavité péritonéale, il ne pouvait facilement s'aventurer à continuer la dissection, dans la crainte d'une perforation. Il adopta alors une autre méthode semblable à celle employée dans la hernie étranglée. Soulevant avec une pince un pli de la membrane qui partait du fond de la peau sur la tumeur, coupant avec précaution ce pli, il continua la division sur une sonde introduite par l'ouverture ainsi faite. Après cela, la tumeur enlevée, le péritoine se voyait si bien exposé et si mince que le gros intestin au-dessous était apparent. L'extrémité supérieure de la tumeur qui regardait les cartilages costaux et passait au-dessous d'eux fut assez facilement libérée.

L'hémorrhagie fut considérable pendant l'opération, tant par la tumeur elle-même et ses nombreux vaisseaux nourriciers, venus de l'épigastrique et de la mammaire interne que par la substance musculaire du droit de l'abdomen. Cependant peu de vaisseaux nécessitèrent la ligature.

La peau fut réunie par des sutures entortillées, entre lesquelles des bandelettes d'emplâtres agglutinatifs furent ajoutés, *trois lint*, un bandage appliqué autour de l'abdomen complétaient le pansement et la malade fut transportée de la table d'opération au lit.

Le 25 décembre, la malade eut un peu de péritonite localisée, on enleva les sutures le troisième jour, les ligatures tombèrent le cinquième.

La plaie allait bien lorsqu'au mois de janvier parut une attaque de rhumatisme articulaire et musculaire. Le 16, il y eut une autre complication de pleurésie, puis des eschares. Malgré tout, six semaines après l'opération, le 4 février, la malade sortit guérie.

Suit une longue description anatomique que nous résumons et qui nous semble convenir à une tumeur fibreuse en dégénérescence myxomateuse.

La tumeur était formée d'enveloppes et de cloisons fibreuses nacrées formant des alvéoles remplies d'une masse liquide verdâtre qui pouvait être exprimée. Les cloisons étaient formées de fibres fines, onduleuses, parallèles et, en quelques endroits, des noyaux étaient visibles dans les fibres. Dans la masse liquide se voyaient, au microscope, des granules élémentaires, des noyaux libres et quelques fibres-cellules.

L'auteur, établissant la concordance des termes des divers auteurs, indique que la tumeur a été décrite comme fibro-cellulaire par Paget, cellulo-fibreuse par Muller, albumino-fibreuse par Rokitansky et fibro-plastique par les Français.

Réflexions de l'auteur. — Ce cas lui rappelle un fait semblable qu'il a observé antérieurement et dont nous n'avons pas trouvé la relation. Il compare les deux. — Les deux tumeurs avaient leur siège dans l'intérieur du muscle transverse de l'abdomen dans un endroit où Paget n'avait pas jusqu'alors trouvé de néo-formations.

Les deux tumeurs épipéritonéales étaient de même nature et de même constitution, et ont montré, dans leur développement et leurs autres circonstances, une frappante ressemblance. Les tumeurs de ce genre sont en général développées rapidement. Elles croissent plus rapidement que nous ne le voyons d'habitude dans les tumeurs bénignes, mais il faut faire une distinction entre le développement actif (cellulaire), et le gonflement par imbibition de plasma. La tumeur qu'il opéra en septembre 1852 n'avait pas été observée, depuis un an, par une malade très sensible et très soigneuse d'elle-même, et au temps de l'opération la tumeur était aussi large qu'une tête d'enfant. L'autre tumeur enlevée en décembre 1854 semble s'être développée encore plus rapidement, car avant la conception immédiatement précédente (novembre 53) la malade n'avait pas observé le moindre signe. Elle ne perçut rien avant que la grosseur fût assez avancée et l'utérus élevé assez haut. Alors la malade et sa sage-femme considérèrent la tumeur placée à gauche comme dépendante d'une position oblique, de

l'utérus à ou de quelque partie solide du fœtus faisant saillie à distance. Même après la délivrance, la sage-femme déclarait que la tumeur était une rétraction inégale de la matrice. Alors la tumeur s'étendait sous les cartilages costaux près de l'épigastre. Cette tumeur avait probablement commencé un peu avant la grossesse ou simultanément avec elle.

L'auteur ne sait à quelle cause rattacher l'apparition de ces tumeurs.

Il fait remarquer que les deux se sont accompagnées de troubles nerveux; la première opération fut suivie de guérison de ces accidents et la seconde ne le fut pas.

OBSERVATION VII. — (*Exemple de traumatisme occasionnant la production de fibrome.*) *Fibro nucleated tumor of the abdomen of fourteen years growth; Removal. Tumeur fibreuse datant de 14 ans. Ablation; par PAGET (1).*

Le malade John W... fut admis dans la salle Kenton (St Bartholomew's hospital) le 26 mars 1856. Il a 27 ans. Il a une grosseur sur l'abdomen juste au-dessous de l'ombilic, depuis 14 ans; celle-ci a pour origine un traumatisme, sur le devant de l'abdomen, par une roue de chariot; mais lui l'attribue à un pincement de la peau. Il n'y a pas d'autre fait dans son histoire pour expliquer ce développement. La tumeur l'a beaucoup gêné, à cause de sa situation. Dans ces deux dernières années la surface commença à s'ulcérer. Actuellement la tumeur a atteint l'étendue d'une grosse orange aplatie. Elle présente des ulcérations superficielles. Il y a nombre de tubercules distincts sur sa surface.

Il n'existe pas de maladie héréditaire cancéreuse ou autre dans la famille. Considérant la durée de son existence (14 ans), cette tumeur, comme le remarque Paget, n'est pas un cancer, mais bien une espèce rare.

Le 29 mars cet homme fut chloroformé. Alors Paget enleva la tumeur en faisant une grande incision semi-circulaire au-dessus et au-dessous d'elle, le disséquant de la gaine du droit et laissant à sa place une large surface à vif et un certain nombre de vaisseaux à lier.

En faisant une section de cette tumeur il observa qu'elle possédait un caractère fibreux bien marqué: elle était formée, très probablement, de tissu cellulo-fibreux imparfait.

Elle ressemblait à une tumeur, qui avait existé pendant six ans

(1) *Lancet*, 1856, I, p. 625.

et qu'il avait enlevée cinq ans avant à un enfant. Dans ce cas la tumeur formait un gonflement ovale de trois pouces et demi de diamètre, sur la face palmaire de l'avant-bras et avait succédé à une blessure reçue à l'âge de 2 ans. Sous le microscope cette tumeur fut trouvée formée de deux éléments : de noyaux et d'une substance moléculaire granuleuse peu abondante dans laquelle ils étaient inclus. Ces caractères furent trouvés aussi dans la tumeur de cet homme, ce qui montrait leur identité.

12 mai. — La plaie est cicatrisée. La cicatrice est saine. Peu de jours après, exeat de l'hôpital.

OBSERVATION VIII. — LANGENBECK dans *Senftleben. Ueber Fibroide* (1).

Femme de 40 ans, sans disposition malade connue, menstruée abondamment depuis sa seizième année, mariée depuis la trente-quatrième, accouchée normalement deux fois, la dernière il y a trois ans, ayant nourri elle-même. Une tumeur s'était développée dans la paroi du ventre dans l'espace de deux ans et demi. La malade avait remarqué un noyau dur de la grosseur d'une noisette à un travers de main, à gauche de l'ombilic. Il était indolore et pouvait être circonscrit de tous côtés. Depuis un trimestre le volume augmenta rapidement. Des picotements fugitifs s'y montrèrent. La malade se rendit pour cela chez M. le conseiller intime Langenbeck et demanda une opération parce qu'on lui avait dit qu'elle avait une tumeur de l'ovaire. Langenbeck porta le diagnostic fibrome du fascia transverse de l'abdomen et refusa l'opération à cause de la dénudation du sac péritonéal. La malade repartit dans son pays, puis revint quatre semaines après et renouvela sa demande. Depuis deux mois la peau était ulcérée et dans les huit derniers jours qui précédaient l'entrée à la clinique survinrent de violentes hémorrhagies par l'ulcération.

La malade paraissait, par suite, passablement anémique, mais encore assez bien nourrie.

Sur le côté gauche de l'abdomen, à la hauteur de l'ombilic, siégeait une tumeur de la grosseur d'une tête d'homme, dure et mobile. Celle-ci ne se laissait pas entièrement circonscire et semblait plonger, par un appendice cunéiforme, dans la cavité abdominale.

A juger par la mobilité autour de l'axe il n'y avait pas d'adhérence avec les viscères. La peau sur la tumeur était parcourue par des veines, fort dilatées, elle était soudée dans l'étendue de la paume de la main, et ulcérée dans l'étendue de 3 pouces et demi (10 cent. 5) sur

(1) *Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd I, p. 105, 1856.

1 pouce et demi (4 cent. 5). La surface de l'ulcère était recouverte d'un tissu rosé fin et mou. L'état général de la malade n'était pas détérioré, jamais de coliques.

Pendant l'opération de Langenbeck la tumeur, qui partait du fascia transversalis et avait repoussé le péritoine, avait été énucléée et séparée dans une grande étendue de cette dernière membrane lorsque survint une perforation. La tumeur, développée en hémisphère des deux côtés du fascia transversalis, avait pris une forme de bouton de manchette. Au niveau du sillon le péritoine, en se réfléchissant de la paroi abdominale sur la partie de la tumeur intra-abdominale, formait un pli qui vint sous le couteau par le fait de la traction exercée sur la tumeur et le péritoine fut incisé. Bien que le péritoine et les parois eussent été soigneusement suturés, une péritonite suppurée survint à laquelle succomba la malade le quatrième jour.

La tumeur fut reconnue après l'extirpation plus grosse qu'on ne l'avait cru. Elle pesait près de 8 livres. Sa partie extérieure la plus grande était ovale, avait 48 centimètres de circonférence, 11 centimètres de haut. La partie rétrécie mesurait 35 centimètres. La partie saillante dans l'abdomen en avait 8 d'épaisseur et avait une surface hémisphérique parsemée d'éminences.

La coupe montrait un réseau grossier de faisceaux blancs resplendissants entre lesquels se trouvaient, surtout vers le centre de la tumeur, des espaces de l'étendue d'un pois ou d'une noix, avec une substance intermédiaire homogène partie gélatineuse, partie demi-liquide. Cette substance au microscope parut être du tissu muqueux.

DEUXIÈME PÉRIODE

La deuxième période de l'histoire commence en 1860.

Du rapprochement et de la comparaison des observations est déduite l'existence d'une affection particulière et non classée jusqu'alors. Les travaux d'ensemble apparaissent.

Le premier est celui de Huguier. C'est à ce chirurgien qu'est due la première description générale des tumeurs

fibreuses de la paroi abdominale, auxquelles personne avant lui n'avait songé à trouver rien de spécial.

Le 22 août 1860, Huguier vient annoncer à la Société de Chirurgie que la paroi antérieure de l'abdomen est le siège d'une espèce de tumeurs, non décrites encore, et spéciales par leur nature, leur pronostic, la difficulté de leur traitement. Ces tumeurs sont des *fibromes*; elles sont *bénignes*. Elles ont un *rapport habituel avec les os* d'où elles naissent, un *rapport accidentel avec le péritoine* qui constitue le danger de leur traitement radical, l'extirpation.

Huguier avait été servi par les circonstances.

Il eut la bonne fortune d'avoir sous les yeux, dans un court espace de temps, quatre ou cinq cas semblables, mais le hasard de ses premières opérations et de ses examens cliniques le conduisit à admettre une erreur, la présence d'un *pédicule* rattachant ces néoplasmes au squelette du bassin.

Il reconnaît, dans le cours d'une opération, que ce pédicule n'existait pas sur une tumeur qui lui en avait donné la sensation clinique, mais entraîné par sa première idée, tout en signalant le fait, il n'en tient pas compte. *Il pose en principe l'existence du pédicule*. Il fait naître ces tumeurs du périoste et les fait vivre par les vaisseaux de ce pédicule. Malheureusement, les chirurgiens qui assistaient à sa communication, rappelant leurs souvenirs sur des faits déjà plus ou moins éloignés, *acceptent et confirment l'existence du pédicule* et ainsi naquit une erreur d'anatomie pathologique qui resta accréditée pendant quinze ans en France et qui eut sur la méthode de traitement une funeste influence.

Huguier eut le tort de négliger ou d'ignorer les observations publiées antérieurement, et de ne faire sa descrip-

tion que d'après ce qu'il avait observé personnellement. En effet, si l'on se rapporte aux faits que nous avons reproduits, on voit que Limaugé, Langenbeck, Bouchacourt, Santesson et Paget indiquent nettement et uniquement la *paroi musculaire et aponévrotique* comme point de départ de la néoplasie.

De l'idée que l'on se fit, alors, de l'existence du pédicule et de son rôle nourricier, naquit une méthode de traitement consistant à le détruire pour atrophier la tumeur qu'il nourrissait. Cette méthode à peine énoncée fut vivement attaquée, en particulier par Verneuil, comme illusoire. Elle trouva néanmoins des adeptes ; car la terreur inspirée par les blessures du péritoine dominait, alors, tous les esprits, et une méthode incomplète parut préférable à une méthode radicale mais dangereuse.

Voici la communication d'Huguier telle qu'elle se trouve dans les Bulletins de la Société de chirurgie, année 1860, page 445, avec la discussion dont elle fut suivie.

Société de chirurgie, séance du 22 août 1860. Communication de HUGUIER suivie d'une discussion à laquelle ont pris part : VERNEUIL, MICHON, GOSSELIN et CHASSAIGNAC.

Huguier communique à la Société ses observations sur certaines tumeurs fibreuses du bassin rencontrées chez la femme et qu'il désigne sous le nom de *tumeurs fibreuses pelviennes*; il en fait voir un spécimen qu'il a enlevé, il y a quelques jours.

Ces tumeurs sont indépendantes des organes contenus dans la cavité du bassin, et parfaitement distinctes des exostoses, des périostoses, des ostéosarcomes, des chondromes, des ostéostéatomes, des tumeurs vasculaires des os et des exostoses libres et flottantes.

Elles sont constituées par des masses purement fibreuses, de forme sphérique ou ovoïde, en simple contact avec le bassin ou adhérent à son squelette par un *pédicule* plus ou moins long et plus ou moins volumineux.

Cette affection n'a pas encore été signalée. La thèse de concours de P. Dubois, le mémoire de Danyau sur les tumeurs des parties molles du bassin, la thèse de Tarnier sur les cas qui nécessitent l'extraction du fœtus, ne la mentionnent pas.

Huguier fait appel à l'expérience de ses collègues, afin de pouvoir comparer les faits qu'ils ont pu observer à ceux qu'il a eu l'occasion de rencontrer.

Ces productions fibreuses sont intra ou extrapelviennes. La première que vit Huguier en 1845 ou 1846, à l'hôpital de Lourcine, était intrapelvienne et semblait adhérer au voisinage de l'articulation sacro-iliaque gauche. Les quatre autres, qu'il a vues depuis, étaient extrapelviennes.

L'une des malades qui fut opérée par Gosselin le 21 février 1860 entra dans le service de Huguier le 1^{er} mai. La seconde, la femme G..., entrée à l'hôpital le 24 mars 1860, avait une tumeur adhérente à la quatrième fausse côte et à la crête iliaque gauche. La troisième, entrée le 4 mai 1860, avait une tumeur adhérente à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. La quatrième enfin, B..., entrée le 15 juin 1860 et dont le dessin est mis sous les yeux de la Société, présentait une tumeur dans la même situation.

Composées de tissu fibreux pur, ces tumeurs ont pour siège de prédilection la partie supérieure de l'arcade crurale en bas, l'épine iliaque en dehors, et s'étendent en dedans, suivant qu'elles sont plus ou moins volumineuses. Elles ont pour siège anatomique l'espace compris entre

le dédoublement des parois abdominales au niveau de l'arcade crurale. Elles sont comprises entre les parois fibreuses et musculaires et le fascia transversalis et le péritoine, sur la face externe duquel elles reposent.

La cause en est inconnue, l'âge adulte seul en a offert, jusqu'ici, des exemples.

Assez mobiles, très dures au toucher, indolentes, elles ne déterimnent pas d'accidents; la fatigue seule y provoque des douleurs. La malade de Gosselin cependant éprouvait de vives douleurs dans le bassin.

Le traitement appliqué à ces tumeurs a varié. Les fondants locaux et généraux sont restés sans effet. Les sétons filiformes passés en croix à travers la tumeur et restés en place pendant un mois n'ont amené aucun résultat satisfaisant chez la femme B. La section sous-cutanée du pédicule de la tumeur, pratiquée chez la femme O, dans le but d'empêcher la nutrition de la production morbide, semble en avoir arrêté l'accroissement depuis deux mois et demi. Toute réserve doit être faite pour l'avenir sur ce mode de traitement.

L'extirpation enfin a été pratiquée sur la femme B. L'opération fut simple et facile : une incision menée suivant le grand diamètre de la tumeur mit celle-ci à découvert et permit de la disséquer.

Le pédicule était factice et simulé par l'élongation des fibres musculaires du petit oblique et du transverse. Le péritoine adhérent à la tumeur fut ouvert. On réunit la plaie par des sutures profondes portant sur l'aponévrose du grand oblique et par une suture superficielle des téguments.

Les suites furent heureuses, et la malade, à la veille d'être guérie, sortira bientôt de l'hôpital.

Verneuil a eu l'occasion de voir une tumeur de la nature de celles que vient de décrire *Huguier*, c'était chez

une jeune femme de vingt-cinq ans, une fois mère, et parente de l'un de nos confrères.

Cette tumeur, grosse comme un œuf de dinde, siégeait dans la fosse iliaque gauche, proéminait au dehors autant qu'elle s'enfonçait en dedans de l'abdomen et avait pour point de départ l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Elle était indolente, ferme, recouverte par une peau très mince et ne déterminait aucun trouble fonctionnel. Il était impossible de la déplacer en dehors. On diagnostiqua une tumeur pariétale venant du périoste ou en relation avec lui. On administra des fondants sans succès, et la tumeur, en quinze ou dix-huit mois, augmenta d'un tiers de son volume environ. Néanmoins on n'osa tenter aucune opération.

Si l'expérience démontre que ces tumeurs sont séparées du péritoine, on pourrait les atteindre et les extirper.

Verneuil considère les sétons comme dangereux, et la section sous-cutanée du pédicule comme insignifiante.

Huguier a essayé les fondants, en vue de combattre les accidents syphilitiques possibles.

Sans vouloir dire que la section du pédicule doit être suivie de succès, il constate que la tumeur ainsi traitée est restée stationnaire. La tumeur pourrait continuer à grossir néanmoins; car si elle n'est plus alimentée par les vaisseaux pédiculaires, elle l'est encore par les vaisseaux de la surface. La section du pédicule est du reste une opération simple. *Huguier* s'est servi pour la pratiquer d'un bistouri mousse falciforme, passé derrière la tumeur et ramené en dehors; les fibres du pédicule étaient très dures et criaient sous l'instrument, au point de produire un bruit appréciable pour les assistants.

Michon a vu trois tumeurs de cette nature. L'une chez une dame de trente à trente-six ans, en consultation

avec Deguise père : elle était mobile dans tous les sens, dure, bosselée. Le diagnostic qu'on en porta fit successivement proposer, puis abandonner l'opération. Cependant, l'opération fut pratiquée par Nélaton avec l'aide de Deguise et en présence de Michon : elle fut longue et laborieuse. La tumeur adhérait fortement au péritoine, qui fut ouvert, et offrait un pédicule très large, inséré à la crête iliaque. La malade guérit.

L'autre, chez une dame de la rue Saint-Victor, était située un peu plus haut que la précédente. Michon l'enleva avec beaucoup de peine, mais cependant sans ouvrir le péritoine. La malade guérit et depuis cinq ans n'a pas eu de récidive.

La troisième, enfin, peu volumineuse et indolente, existait chez une jeune modiste qui ne voulut pas se résoudre à se faire opérer.

Gosselin rappelle quelques points de l'histoire de la malade citée par *Huguier*. Cette femme avait pendant la marche d'excessives douleurs dans le bassin : atteinte, en même temps que de sa tumeur, d'une affection utérine, elle fut d'abord traitée et guérie de celle-ci, puis opérée de celle-là. Avant d'entreprendre l'opération, *Gosselin* se proposa de faire une ablation complète ou incomplète de la tumeur suivant qu'elle adhérerait ou n'adhérerait pas au péritoine. Ayant constaté l'adhérence, il fit une section de la masse, dont il laissa une couche très mince sur la membrane péritonéale. Une récidive eut lieu, et la tumeur se développa sous les yeux du chirurgien pendant la cicatrisation. Des flèches caustiques furent alors passées à la base de la production nouvelle, et la cicatrice se forma, en s'étalant sur l'espèce de plaque dure fournie par les derniers vestiges de la tumeur.

La malade ne fut pas soulagée, elle éprouve toujours

des douleurs très vives lorsqu'elle se fatigue. Peut-être faudra-t-il faire une extirpation complète et ouvrir le péritoine. Gosselin n'ose encore s'y décider.

La tumeur était très vasculaire : cette condition serait en corrélation avec sa récurrence et sa grande sensibilité.

Huguier fait remarquer que ces tumeurs n'ont été jusqu'ici rencontrées que chez les femmes (il ne connaissait pas les faits de Sappey, de Limauge, de Paget), et que les malades opérées ont guéri bien que le péritoine ait été ouvert.

La laxité de celle qu'il a enlevée l'a décidé à l'attaquer par le bistouri.

Chez la malade de Gosselin, la récurrence est peu de chose, et la cicatrice fait corps avec la tumeur. Cette femme pourrait être considérée comme guérie si elle n'avait plus de douleurs ; son observation montre néanmoins que l'extirpation incomplète n'est pas impossible.

Chassaignac a présenté à la Société il y a deux ans une malade qu'il a opérée d'une tumeur analogue. Avant l'opération il ne connaissait pas les limites de la tumeur, qu'il enleva avec l'écraseur appliqué au niveau de sa portion libre. Il cautérisa avec le fer rouge. Quinze jours après cependant, la tumeur repullula. Une nouvelle ablation fut faite, suivie de l'application de caustique de Vienne. Il est résulté de cette seconde opération une cicatrice solide dont le péritoine fait probablement partie.

Malgré son intérêt de nouveauté scientifique la communication de *Huguier* était brève et écourtée. Elle avait besoin de preuves à l'appui. C'est ce que nous donne la thèse de *Bodin* qui parut quelques mois après en 1861.

Elle est du reste le reflet de cette séance de la Société de chirurgie; elle a été inspirée par Huguier et Gosselin; elle n'a guère d'autre mérite que celui d'une collection d'observations, assez importantes, d'ailleurs, pour devoir être reproduites ici.

OBSERVATION IX (1). — 1^{re} Observation de BODIN (2). — *Tumeur fibreuse extrapelvienne, développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale et adhérent au péritoine; difficultés particulières de diagnostic. Opération par morcellement et ablation incomplète.*

La nommée Joséphine M..., âgée de vingt-cinq ans, blanchisseuse, a été réglée à dix-huit ans, elle a eu à vingt-deux ans un enfant pour l'extraction duquel on a dû appliquer le forceps, et c'est depuis lors qu'elle sentit les premiers symptômes encore mal définis d'une affection utérine.

Il y a un an Joséphine M... commença à s'apercevoir qu'elle porte, au-dessus du pli de l'aîne droite, une tumeur d'abord indolente pendant plusieurs mois, mais qui, le 7 juin 1859, est devenue douloureuse, brusquement, sans cause connue, au moment du départ pour une promenade. La tumeur avait alors le volume d'un très petit œuf, et depuis elle a grossi lentement, et a provoqué des douleurs intermittentes sur le trajet du nerf abdomino-génital, des élancements à des intervalles assez éloignés, si bien qu'au mois d'août, la malade entra à l'hôpital Cochin dans les salles de Gosselin, et le chirurgien qui le remplaçait alors fut tout disposé à voir là un enchondrome.

Au bout de quelque temps, Gosselin reprend le service, et, remarquant que la tumeur, assez mobile du reste, adhère par un pédicule large à l'épine iliaque antéro-supérieure, il fait la section sous-cutanée de ce pédicule, espérant que la tumeur, une fois privée des moyens de nutrition qu'elle recevait de l'os iliaque, cesserait de s'accroître et pourrait même diminuer. Mais la suite prouva que cette opération fut sans résultat avantageux. On cherchait quelle part dans ces symptômes il fallait faire soit à la tumeur, soit à la lésion utérine. Gosselin mit donc la malade au repos, lui fit faire des injections astringentes, en même temps qu'il prescrivit l'iodure de potas-

(1) Cette observation est la deuxième indiquée par Huguier dans sa communication, voyez page 25.

(2) Thèse de Paris, 1861. *Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme.*

sium, le quinquina et le fer et un régime substantiel. Sous l'influence de ce traitement qui fut continué trois mois, les symptômes s'amendèrent, les souffrances diminuèrent et la tumeur resta à peu près stationnaire.

A son entrée J... se présente dans l'état suivant : elle est fraîche, assez grande, et paraît d'une bonne constitution ; en examinant l'abdomen, on voit, au-dessus du pli de l'aîne droite, les téguments soulevés par une tumeur qui a environ 0,08 de hauteur et 0,09 de largeur, qui, par son extrémité externe et dans une petite étendue, répond à l'épine iliaque antéro-supérieure, à laquelle elle semble encore adhérer par un pédicule court et étroit, qui, par son bord inférieur, est en rapport avec les deux tiers externes du ligament de Fallope, et dont le bord supérieur remonte à peu près de quatre travers de doigt au-dessus de ce ligament. Cette tumeur n'adhère pas à la peau, qui glisse bien sur elle, elle est mobile sur les parties profondes et paraît avoir pour siège la paroi abdominale. Elle est dure, élastique, à surface généralement lisse, et bosselée seulement en quelques points ; elle n'est pas douloureuse à la palpation, à part certains moments où l'application même légère du doigt excite une douleur vive et superficielle qui rappelle celle qu'on voit dans certaines névralgies.

Le toucher vaginal permet de reconnaître que cette tumeur n'a aucune connexion ni avec l'utérus, ni avec ses annexes, ni avec aucun des points de l'enceinte pelvienne.....

La malade accuse aussi les troubles fonctionnels suivants : elle souffre en plusieurs points ; ainsi elle ressent à l'hypogastre une douleur sourde, fatigante, qui entraîne des tiraillements dans les reins et ne devient jamais violente, mais seulement fatigante quand la malade se livre à un exercice un peu prolongé. Elle se voit obligée de cesser son travail.

Il existe encore une autre douleur ; celle-ci, moins constante dans ses retours, mais plus violente, a pour siège le côté droit de l'abdomen, la tumeur et la région inguinale du même côté ; elle est lancinante et peut être comparée à celle que produiraient des coups de canif ; elle revient spontanément même pendant le séjour au lit ; elle n'est pas continuelle, mais depuis quelque temps ses retours sont plus rapprochés. C'est ainsi que nous avons vu la malade, après avoir été huit jours sans rien sentir, souffrir beaucoup pendant trois jours. Dans ce cas la palpation devient très pénible.

Les règles sont très régulières, mais pénibles et aggravant la plupart des troubles fonctionnels.

L'appareil digestif et l'appareil circulatoire ne présentent à noter qu'un peu de dyspepsie et du souffle dans les vaisseaux.

A l'hôpital Beaujon, la malade est mise au repos, au vin de quinquina, au fer, ce qui n'empêche pas le retour de ces douleurs lancinantes déjà signalées, et que pallient à peine le chloroforme sous forme de liniment et la morphine administrée par la méthode endermique.

Enfin le 1^{er} et le 18 février les souffrances sont plus vives que jamais ; comme d'ailleurs la tumeur augmente manifestement de volume, Gosselin se décide à l'opération et il la pratique le 20 février.

Après avoir endormi la malade, ce chirurgien fait au-dessus du pli de l'aîne, et comme pour la ligature de l'iliaque externe, une incision située seulement plus en dehors et plus longue. Il incise couche par couche jusqu'au grand oblique inclusivement. Alors, pour découvrir plus complètement la tumeur et rendre son extirpation plus facile, Gosselin fait tomber de haut en bas une seconde incision perpendiculaire sur la première et coupe les parties molles qui le séparent encore de la masse morbide. Mais, à cause des changements survenus dans les tissus, de la distension et de l'espèce de tassement qu'ils ont subi, l'opérateur ne peut s'assurer si le petit oblique et le transverse ont été incisés tous deux, et par conséquent si c'est en avant ou en arrière de l'aponévrose du transverse qu'est située la tumeur. Quoi qu'il en soit, on s'aperçoit alors que celle-ci n'adhère pas du tout à l'os iliaque, mais qu'elle est intimement unie aux parties profondes de telle sorte qu'il est impossible de songer à l'énucléer complètement. Il faut donc enlever le tissu morbide tranche par tranche, en arracher parfois avec le doigt, et cela jusqu'à ce que le chirurgien ne soit plus séparé du péritoine que par une épaisseur de tissus, si faible qu'on voit à chaque inspiration, à chaque contraction musculaire, les parties molles qui restent encore se soulever comme une mince feuille de papier.

Gosselin s'arrête alors ; il a extirpé la plus grande partie de la tumeur ; mais il aime mieux en laisser une portion que d'ouvrir le péritoine pour en compléter l'ablation. La masse ainsi enlevée présente une coloration rosée qu'explique suffisamment sa grande vascularité, et son aspect rappelle celui du fibrome ; l'examen microscopique montre que le tissu est formé d'éléments fibreux et fibro-plastiques par parties égales.

Après l'opération, la malade fut pansée à plat, mais à peine réveillée elle se sentit prise au niveau de la plaie de douleurs extrêmement intenses qui lui arrachèrent des cris pendant près de deux heures, puis tout se calma.

Dès le troisième jour, la plaie devint sensible, grisâtre, et fut envahie par la pourriture d'hôpital qui régnait alors dans la salle.

Le 12, les accidents avaient presque disparu ; la plaie, vermeille dans

la plus grande partie de son étendue, se cicatrise sur ses bords et, en quelques points, les débris de la tumeur participent eux-mêmes à ce travail. Mais il reste, à la partie interne, un noyau de tissu malade gros comme une noix, grisâtre, et qui augmente de volume. Gosselin y plante des flèches au chlorure de zinc, le 19 mars ; et à la chute de l'eschare, il voit que presque toute cette masse a été détruite ; depuis lors la plaie n'a cessé de marcher vers la guérison. Le 6 avril, elle est fermée tout à fait, mais elle présente une cicatrice rosée, molle, large comme une pièce de cinq francs et d'un aspect tout particulier. Le tiers externe de la cicatrice est dur, élastique, un peu bosselé. Les deux autres tiers se laissent déprimer par le doigt qui pénètre dans la cavité abdominale. Dans ce point il existe une légère éventration.

La malade sort de l'hôpital le 5 mai.

Rentrée le 7 mars de cette année elle apprend à Gosselin qu'elle a pu, depuis le mois d'août jusqu'à cette époque, faire son service de cuisinière. Pendant ce temps, sa cicatrice, blanchâtre par places, violacée dans d'autres, était souvent indolente, parfois douloureuse quand elle était fatiguée, et presque toujours un peu sensible à la pression. La pelote concave qui lui avait été ordonnée, avant son départ, a été difficilement supportée à cause de la sensibilité de la cicatrice. Celle-ci, par défaut de protection, s'est laissé distendre et amincir à un tel point, qu'on lui conseille, dans la crainte d'une perforation et malgré la douleur, de porter de nouveau un bandage.

OBSERVATION X. — *Tumeur fibreuse extra-pelvienne, ablation complète, éventration consécutive* (Thèse de BODIN) (1).

Louise B..., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 15 juin 1860.

Elle est grande, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatique. Elle n'offre pas d'antécédents syphilitiques, et elle a toujours été bien portante. Cependant, il y a deux ans, elle fut atteinte, à la suite d'une couche, d'une métrite-péritonite, pour laquelle elle est entrée dans le service de Béhier.

Réglée à 15 ans pour la première fois ; ses règles se sont depuis lors montrées régulièrement, et chaque fois elles sont précédées de quelques fleurs blanches. Elle a eu deux enfants, le premier à 24 ans et demi. C'est à la suite de cet accouchement qu'elle a été prise des accidents dont nous avons parlé. Elle est accouchée du second enfant deux mois avant son entrée à l'hôpital. Chaque accouchement a eu lieu à terme.

(1) Cette observation a été citée dans la communication de Huguier.

Au moment de sa seconde grossesse, alors qu'elle était enceinte de trois mois, elle s'aperçut qu'elle portait, au niveau de la fosse iliaque gauche, et au-dessus du ligament de Fallope, une petite tumeur qui pouvait avoir le volume d'un œuf de pigeon. Les élancements dont elle était le siège continuèrent pendant la durée de la grossesse; mais, après l'accouchement, ils disparurent par intervalles et la tumeur, jusque-là stationnaire, fit des progrès rapides, car à l'entrée de la malade à l'hôpital elle avait le volume du poing d'un adulte.

État actuel. — La tumeur est située immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis : elle a 14 centimètres dans le sens de son grand diamètre qui est parallèle à la direction de ce ligament, et 10 centimètres dans le sens vertical; elle présente une dureté uniformément élastique. De son extrémité externe part un pédicule court, arrondi, qui rejoint l'épine iliaque antérieure et supérieure; de l'extrémité opposée part un second pédicule moins accusé que le précédent qui se dirige vers l'épine du pubis. Sa surface n'est pas parfaitement lisse et au toucher on sent quelques inégalités. La peau qui la recouvre est d'un rouge intense; au delà des limites de cette rougeur, on sent la continuation de la tumeur dont la surface est régulière et uniformément élastique; la pression détermine une vive douleur. Deux sétons-fils ont été portés en croix dans l'intérieur de la tumeur et c'est depuis lors, nous dit la malade, qu'est survenue la rougeur de la peau, une douleur vive, la fièvre et les troubles du côté des fonctions digestives.

Le 26. On enlève les sétons qui avaient été placés avant l'entrée de la malade à l'hôpital; ils n'ont amené aucune diminution dans le volume de la tumeur, mais une suppuration assez abondante dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dès lors cette suppuration diminue, la pression devient moins douloureuse, la peau perd sa coloration, les phénomènes généraux disparaissent, et il est plus facile d'explorer la tumeur. Elle est très mobile. Huguier a utilisé cette grande mobilité pour lui faire faire des mouvements de bascule du côté de la cuisse, afin de la séparer des parties profondes. Quand la malade se tient debout, elle fait, en avant, une saillie considérable, elle est soulevée avec la paroi abdominale, pendant les efforts de toux et les grandes inspirations, elle est mobile avec cette paroi et suit les mouvements qu'on lui imprime, elle n'a aucun rapport avec les organes sexuels. En effet, le doigt étant introduit dans le vagin, si on explore l'utérus et ses annexes, et si on fait remuer la tumeur, les mouvements ne sont pas communiqués.

La malade ne sait à quoi rapporter l'origine de sa tumeur. Elle n'a pas reçu de coups dans la région, elle n'a fait aucun effort. Son vo-

lume toujours croissant. l'effraye et elle prie Huguier de l'opérer. Il s'y décide le 28 juillet.

Il fait, après avoir endormi la malade au moyen du chloroforme, une incision dans le sens du grand diamètre de la tumeur; les couches sous-jacentes sont divisées, il arrive au fascia superficialis très développé, et le coupe. L'aponévrose du grand oblique, les muscles petit oblique et transverse ensuite divisés, laissent apercevoir la face antérieure de la tumeur; celle-ci est bien mise à découvert, puis il coupe en dédolant sur sa face postérieure de manière à éviter la lésion du péritoine. Quelques coups de bistouri sont donnés sur les deux pédicules et la tumeur est énucléée, sans trop de difficultés. On fait la ligature de l'épigastrique qui a été divisée.

Pansement. — Huguier réunit, au moyen de trois points de suture placés à 2 centimètres environ les uns des autres, les bords de l'aponévrose du grand oblique, et les bords de la plaie extérieure sont réunis par une suture enchevillée. La journée est bonne.

29 juillet. Dans la nuit, la malade a été prise d'envies fréquentes d'uriner, sans qu'il y ait eu aucune émission d'urine, et de vomissements bilieux. Le ventre est devenu douloureux, surtout aux environs de la plaie.

Le matin. Les vomissements ont cessé, mais il y a des nausées. La respiration est anxieuse et précipitée, le ventre n'est pas tendu, mais il est encore douloureux et la douleur tend à se généraliser. La peau est chaude, le pouls petit, 106 pulsations.

Le soir, même état. Le ventre est ballonné, les bords de la plaie prennent une teinte érysipélateuse, ils sont un peu gonflés. On relâche la suture faite à la peau et il sort par le côté externe de l'incision du pus et de la sérosité sanguinolente. Le pouls est petit, irrégulier, il bat 124 pulsations.

Le 30. La malade a dormi une partie de la nuit. La respiration est moins fréquente, les nausées ont cessé, le ballonnement du ventre n'a pas augmenté, la pression n'est plus douloureuse qu'au voisinage de la plaie. La teinte érysipélateuse tend à disparaître. Le pouls est encore petit, mais plus régulier.

Le soir, peau fraîche, 104 pulsations. Le ventre est un peu moins tendu, indolore. La plaie donne issue à du pus bien lié.

Le 31. Peau bonne; 100 pulsations. Il n'y a plus aucun symptôme du côté de l'abdomen.

1^{er} août. Le mieux continue; 95 pulsations.

Le 2 août, 90 pulsations. On enlève la suture enchevillée.

Le 7. Plus des deux tiers internes de la plaie sont cicatrisés.

Le 10. Cicatrisation complète de la plaie.

Examen de la pièce. — Elle est allongée, ovoïde, un peu aplatie dans

le sens antéro-postérieur et a la forme d'un rein; elle est lisse, unie, sans bosselures. La face antérieure présente, à sa partie moyenne, une incision superficielle produite par la pointe du bistouri, la face postérieure ou péritonéale, des incisions multiples résultant de l'inclinaison donnée au tranchant de l'instrument pour éviter la blessure du péritoine. Elle pèse 192 grammes; sa dureté est élastique. Elle est enveloppée par plusieurs couches de tissu cellulaire condensé, et des fibres musculaires disséminées à sa surface. Celles-ci sont surtout visibles aux deux extrémités du grand diamètre, où elles se groupent en faisceau.

La moitié périphérique de la tumeur est d'un blanc grisâtre, opalin; la partie centrale est rosée et présente une infinité de petits points rouges. La surface de la coupe est sillonnée par des fibres brillantes d'un aspect nacré, tranchant sur la teinte grisâtre et rosée; elles s'entrecroisent dans différents sens et forment des mailles de grandeur variable. Le microscope n'y révèle que du tissu fibreux.

Nous avons revu cette malade à la consultation le 18 octobre; elle était inquiète, parce que l'intestin se présentait au niveau de la cicatrice et y formait une tumeur molle, sonore à la percussion, volumineuse, quand elle se tenait debout. Huguier a constaté une éventration de la paroi abdominale avec amincissement de la peau, et lui a conseillé de porter une pelote pour soutenir cette hernie.

D'ailleurs, il n'y avait pas de récurrence; mais dans le point diamétralement opposé de la paroi abdominale, on sentait une petite tumeur dure, séparée des doigts par la peau qui glissait bien sur elle. Elle était indolore, dépourvue de prolongement pédiculaire et Huguier l'a regardée comme étant de même nature que celle pour laquelle la malade a été opérée.

OBSERVATION XI. — *Tumeur fibreuse interstitielle de la paroi abdominale, adhérente à la face interne de la dernière fausse côte du côté gauche. Etat actuel.* (Thèse de BODIN.)

O... (Thérèse), âgée de 33 ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de Huguier, le 15 juin 1861. Elle est bien portante, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'un tempérament lymphatique. Elle a été réglée à 16 ans, elle s'est mariée à 19 ans et a eu 9 enfants, six sont venus à terme. Elle n'a jamais eu de maladies antérieures, elle n'a pas d'antécédents syphilitiques, ses parents se portent bien.

Etat actuel. — Toute la moitié gauche de la paroi abdominale est occupée par une tumeur très volumineuse. Son plus grand diamètre est vertical, il mesure 27 centimètres de longueur. A sa partie supérieure, la tumeur semble s'amincir et se confondre avec l'appendice

xiphoïde du sternum et la face interne de la dernière fausse côte, dans une étendue de 16 centimètres. En bas, elle se termine par une extrémité arrondie, qui est distante de la symphyse du pubis de 9 centimètres.

La tumeur a 21 centimètres de largeur; son bord interne dépasse un peu la ligne médiane, son bord externe, en bas, est distant de 8 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. La peau qui la recouvre a sa coloration normale, quelques veines rampent à sa surface; elle n'adhère pas à la tumeur et glisse bien sur celle-ci qui présente un étranglement à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. La partie située au-dessous de cet étranglement est plus volumineuse que celle qui est au-dessus; elle offre une dureté uniformément élastique; le doigt sent quelques bosselures, mais elles sont peu accusées; la pression n'y détermine aucune douleur. Elle offre une pesanteur considérable et paraît formée par un tissu très dense. A sa partie inférieure, on peut, facilement, passer la main sous sa face postérieure, et en exécutant le même mouvement du côté de ses bords, les doigts viennent à la rencontre les uns des autres, et on peut s'assurer qu'elle n'a pas d'origine profonde et qu'elle s'est développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale. D'ailleurs, elle suit tous les mouvements exécutés par cette paroi, soit quand la malade tousse, soit quand on presse sur la peau. Quand la malade se met sur son séant, elle paraît s'enfoncer vers la cavité de l'abdomen, phénomène dû sans doute à la pression exercée à sa surface par les muscles et l'aponévrose situés au-dessus d'elle. Elle jouit d'un déplacement de latéralité assez grand. Elle n'est pas douloureuse, elle détermine seulement quelques tiraillements sur les tissus environnants. Cependant, depuis quinze jours la malade éprouve, vers la partie inférieure de cette tumeur et dans un point très limité, quelques élancements. L'appétit est bon, les digestions se font bien, il n'y a pas de vomissements et la malade dort bien.

Il y a 19 mois à peu près, elle reçut, au niveau du creux épigastrique, *un coup assez violent*, néanmoins il n'y eut pas d'ecchymose dans cet endroit. Trois semaines après, survint en ce point une petite tumeur, de la grosseur d'une noix, et pendant les trois mois qui suivirent, elle se développa lentement. Elle avait alors le volume d'un œuf. Neuf mois après l'accident, la malade devint grosse de son neuvième enfant, et vers le septième mois de sa grossesse, la tumeur, qui était restée stationnaire, s'accrut rapidement par en bas, en même temps qu'elle gagnait les côtes. Depuis, le développement continue, et, alarmée des progrès que fait la tumeur, la malade vient consulter Huguier.

Le volume considérable de la tumeur fait, de suite, rejeter l'idée d'une opération, on ordonne des fondants. La malade sort de l'hôpital, sur sa demande, quelques jours après son entrée.

OBSERVATION XII. — *Tumeur fibreuse développée dans l'hypochondre gauche au niveau des dernières fausses côtes.* (Thèse de BODIN.)

J... (Marie), âgée de 53 ans, concierge, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de Gubler, pour être soignée d'une affection rhumatismale chronique.

Régée à 12 ans, mariée à 24, elle a eu trois enfants. Elle porte, dans l'hypochondre gauche, une tumeur du volume du poing. Son grand diamètre est vertical; son extrémité supérieure est en rapport avec la dernière fausse côte à la face de laquelle elle paraît adhérer par un pédicule court et aplati; son extrémité inférieure descend jusqu'à la crête de l'os des iles, et paraît se prolonger, aussi, par un pédicule dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure; son bord postérieur répond au bord libre du carré des lombes; son bord antérieur est distant de l'ombilic de 10 à 12 centimètres. Elle est arrondie, dure, non bosselée. La peau qui la recouvre est sillonnée par quelques veines. Elle est peu mobile, surtout dans le sens transversal. Elle n'a jamais été douloureuse, depuis le moment de son apparition jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital; toutefois, au niveau de son attache supérieure, il y a eu, dès l'origine, quelques petits élancements.

Sa marche a été très lente, puisqu'il y a quatorze ans qu'elle a débuté à la suite d'un *violent effort* suivi d'une espèce de craquement dans le point où elle s'est développée. Il n'y a pas de teinte cachectique. Pas d'antécédents héréditaires ni syphilitiques. Toutes les fonctions s'accomplissent bien.

OBSERVATION XIII. — *Tumeur fibreuse interstitielle de la paroi abdominale, adhérente à la face interne de la troisième fausse côte gauche, en dehors du bord du muscle droit de l'abdomen.* (Thèse de BODIN.)

M^{me} X... se présente à la consultation de Huguier; elle est âgée de 28 ans, blonde, lymphatique. Elle a eu deux enfants, dont le dernier il y a dix-huit mois.

Elle ne s'est aperçue de cette tumeur qu'au mois de janvier dernier. Elle ne connaît pas d'autres causes, à son développement, que des *vomissements abondants et presque continus*, pendant sa grossesse. Cette tumeur est allongée, presque cylindrique, elle a une longueur de 5 centimètres sur 2 centimètres de largeur environ. Elle présente à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs un léger rétrécissement et paraît comme formée par deux masses principales, dont l'inférieure est un peu plus considérable. Elle n'est

pas douloureuse, mais seulement gênante quand la malade met son corset.

OBSERVATION XIV. — *Tumeur fibreuse adhérente à l'épine iliaque antérieure et supérieure par un pédicule ; section de ce pédicule par la méthode sous-cutanée.* (Thèse de BODIN.)

O... (Catherine), âgée de 39 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de Huguier, le 4 mai 1860.

Elle est d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle n'offre pas de teinte cachectique ; elle n'a jamais eu de maladies antérieures et ne présente aucune trace de syphilis. Elle est atteinte d'une hernie inguinale droite, maintenue au moyen d'un bandage. Réglée à 14 ans, mariée à 29. Toujours bien réglée. A 30 ans, premier accouchement qui fut facile, mais une hémorrhagie grave survint après l'accouchement. Elle resta très affaiblie et garda le lit pendant deux mois. A 34 ans, seconde grossesse et fausse couche à 5 mois, sans cause appréciable. Un médecin appelé à cette époque fixa l'attention de la malade sur une tumeur, de la grosseur d'une noix, siégeant dans la région iliaque gauche et au-dessus du ligament de Fallope. L'absence de douleur dans cette tumeur et la lenteur de son développement l'avaient fait passer inaperçue.

Au commencement d'avril 1860, cinq mois après la fausse couche, des élancements que la malade compare à des coups d'épingle, plus forts avant et après les règles, augmentant sous l'influence de la marche et de la fatigue, se firent sentir dans la tumeur ; son volume, qui était resté, jusque-là, stationnaire, fit des progrès rapides. Du reste, le sommeil était bon, l'appétit conservé et les digestions faciles, et si la malade maigrit beaucoup à cette époque, comme elle dit, c'est sans doute par suite de l'abus des purgatifs qu'elle employa, d'après l'ordonnance de son médecin, dans le but de faire disparaître la tumeur. Enfin, fatiguée d'un traitement qui n'amenait aucun résultat, elle entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Il existe à la partie antérieure et latérale gauche de la paroi abdominale, au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le pubis, une tumeur du volume d'un œuf de poule. La peau qui la recouvre a une coloration normale et glisse bien sur elle. La surface de cette tumeur est arrondie, lisse, dure, élastique, indolore à la pression même assez forte. La pression sur les parties voisines la fait refouler jusque dans la cavité abdominale. En passant le doigt sous son bord inférieur, on l'énuclée pour ainsi dire des parties profondes. Elle paraît développée dans l'épaisseur

même de la paroi abdominale. Elle adhère au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure et à la face interne de l'os des îles par un pédicule gros et court. Dans ce point la pression est douloureuse.

Son extrémité libre est ovoïde, assez volumineuse et distante de la ligne blanche d'environ 2 centimètres. Son bord inférieur semble se confondre avec le ligament de Fallope, dans les deux tiers externes ; son bord postérieur est libre et arrondi. Les mouvements imprimés à l'utérus par le toucher vaginal ne sont pas communiqués à cette tumeur ; elle n'est donc pas adhérente à cet organe ni à d'autres points de l'enceinte pelvienne, comme le confirme aussi le toucher rectal.

Depuis son entrée la malade prend des fondants, et comme il ne se manifeste aucune diminution dans le volume de la tumeur, Huguier, suivant l'exemple de Gosselin, se décide à couper le pédicule le 2 juin.

Il fait au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure une incision jusqu'aux couches musculaires, à la faveur de laquelle il introduit le bistouri falciforme à pointe mousse, et, rasant le plus près possible, pour éviter la lésion du péritoine, le point d'insertion au squelette, il coupe le pédicule des parties profondes vers les parties superficielles, par de petites incisions. Il sort du sang par la plaie en assez grande quantité. Pansement à plat ; pas d'accidents le jour de l'opération, ni les jours suivants.

Le 15 juin, la malade a des règles qui sont précédées et accompagnées de quelques douleurs dans la tumeur. La malade quitte Beaujon le 2 juillet. La tumeur paraît avoir un peu diminué, mais cela tient à ce qu'elle est plus enfoncée du côté du bassin.

Le 20 juillet elle vient à la consultation ; le volume de la tumeur est le même qu'à l'époque de sa sortie, et elle est toujours le siège de quelques élancements, surtout au moment des règles.

Une consécration importante fut donnée en 1862 à la description d'Huguier.

Dans une de ses Leçons cliniques, Nélaton l'accepte, mais avec des modifications et des réserves, car il change la dénomination de tumeurs *intrapelviennes* et *extrapelviennes*, pour celle de tumeurs de la *fosse iliaque*, de la *crête iliaque*.

Il faut, ici, faire remarquer ce hasard singulier qui n'a fait rencontrer, à Nélaton, que des fibromes de la paroi

abdominale, localisés dans les régions de la fosse iliaque, ce qui le conduit à donner à ces tumeurs une dénomination erronée. En effet, le fait de siéger, dans un point quelconque de la paroi abdominale, ne constitue, dans l'histoire de ces tumeurs, qu'un point tout à fait secondaire.

Nélaton, malgré son grand esprit d'observation, influencé par le travail d'Huguier et la discussion de la Société de Chirurgie, admet l'origine constante à la crête iliaque, et par conséquent l'existence du *pédicule*.

Il insiste sur ce fait : que jamais ces sortes de tumeurs n'ont été observées chez l'homme. Cette affirmation prouve qu'il ne connaissait pas les faits publiés par Sappey, Limauge et Paget.

Le tempérament chirurgical de Nélaton se révèle dans la question du traitement. C'est l'extirpation qu'il recommande. « On agit à découvert, dit-il, on voit ce que l'on fait, le manuel opératoire ne présente pas de difficultés insurmontables, enfin le résultat est généralement très beau. Il n'y a pas de récurrence, l'opération a donné une guérison durable. » Mais tout en reconnaissant la supériorité de l'opération radicale, il la déconseille quand le néoplasme est petit et qu'il n'y a pas urgence, et il accepte même, pour ces cas, la section du pédicule.

Nélaton essaie, en outre, de donner les caractères diagnostiques de ces tumeurs, et il tente d'établir leur étiologie. Il fait remarquer que toutes les malades, atteintes de ces tumeurs fibreuses, ont habituellement, dans leurs antécédents, un ou des accouchements. Est-ce la congestion habituelle du bassin, est-ce l'influence de la menstruation ou de la conception qui favorise le développement de ces fibromes ? Il pose ces questions sans les résoudre.

Nous publions la leçon de Nélaton

LEÇON DE NÉLATON ET OBSERVATION XV. — *Sur une espèce particulière de tumeurs auxquelles on peut donner le nom de TUMEURS FIBREUSES DE LA FOSSE ILIAQUE.* (*Gazette des hôpitaux*, 1862.)

« J'ai à vous entretenir, aujourd'hui, d'une affection qui, sans être très rare, n'est cependant pas fort commune, et dont la description ne se trouve pas dans les livres classiques, bien que cette maladie se présente, toujours, avec des caractères uniformes, j'allais dire identiques. Je veux parler des tumeurs fibreuses de la *fosse iliaque*, qui forment une espèce parfaitement définie, mais qui sont peu connues en général.

« Voici le fait :

« Il s'agit d'une femme de vingt-six ans qui est entrée hier à l'hôpital.

« Cette femme est couturière. Il y a quatre ans, elle a eu un enfant. Peu de temps après l'accouchement, elle s'est aperçue qu'elle avait dans la fosse iliaque droite une petite tumeur dure, du volume environ d'un dé à coudre. Cette tumeur s'accrut graduellement : elle était le siège de douleurs d'une nature particulière; c'étaient des picotements, des élancements qui s'irradiaient quelquefois aux parties circonvoisines, à la cuisse et à la jambe de ce côté. Toutefois, la malade fut assez longtemps sans se préoccuper de sa tumeur; enfin, la voyant dernièrement atteindre un volume considérable, elle se décida à venir réclamer nos soins.

« Je reconnus, aussitôt, qu'il s'agissait là d'une de ces tumeurs que je désigne sous le nom de tumeurs fibreuses de la *fosse iliaque*; peut-être serait-il plus logique et plus précis de dire tumeur de la *crête iliaque*; cependant, comme le siège dans la fosse iliaque est ici la circonstance capitale, au point de vue des symptômes et du traitement, je crois préférable de leur conserver le nom que je leur ai donné.

« Cette tumeur est située dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus du pli inguinal; elle est de forme ovoïde, à grand diamètre dirigé parallèlement au pli de l'aîne. La peau n'offre rien de particulier, ne présente aucune adhérence avec la tumeur : celle-ci est dure, mais non d'une consistance comparable à celle du tissu osseux ou cartilagineux; elle a cependant une résistance assez ferme qui rappelle celle des polypes fibreux utérins.

« On ne peut abaisser la tumeur, retenue qu'elle est par le plancher de la fosse iliaque; on la refoule un peu dans la profondeur; on peut également l'élever dans une certaine étendue; mais si l'on veut essayer de la faire cheminer vers la ligne médiane, on sent une résistance invincible, indice d'une union intime avec la crête. Interrogeant les sensations éprouvées par la malade, nous pûmes constater qu'elle y

éprouvait des élancements, des picotements qu'elle compare à des coups d'épingle; ces douleurs apparaissaient plus souvent la nuit que le jour; elles se montraient aussi après la marche, et s'exaspéraient un peu à l'exploration de la tumeur. Chose bizarre! la malade souffrait plus en été qu'en hiver. Enfin les douleurs offraient une intensité particulière à l'époque des règles.

« Qu'est-ce que cette tumeur? Je l'ai déjà dit, en commençant cette leçon, c'est une *tumeur fibreuse de la fosse iliaque*.

« Depuis de longues années, déjà, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de ces tumeurs et d'en étudier l'anatomie pathologique. Ce nombre peut être fixé à 15 ou 20 environ.

« Ces tumeurs sont constituées par un tissu fibreux qui, sous le rapport de sa consistance et de sa structure, ressemble beaucoup à celui des corps fibreux de l'utérus. Elles ont un point d'adhérence ou d'origine constant à la *crête iliaque près de l'épine antéro-supérieure*; il en était ainsi dans deux faits où j'ai pratiqué l'opération. Dans le cas actuel, la tumeur adhère à l'épine iliaque et de plus à la crête de cet os dans une étendue de 2 à 3 centimètres. Une chose qu'il est important de déterminer, ce sont les rapports que ces tumeurs affectent avec les parties circonvoisines. Elles se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, derrière le canal inguinal, entre le fascia iliaca et le péritoine qu'elles soulèvent; elles forment un relief dans la fosse iliaque et correspondent au cul-de-sac que présente le péritoine au niveau de l'union de la paroi postérieure du canal inguinal avec le fascia iliaca.

« D'après les faits que j'ai été à même d'observer, ces tumeurs ne se rencontrent que chez la femme; jamais je n'en ai vu chez l'homme et je n'en connais pas d'observation dans ce sexe. On pourrait jusqu'à un certain point, peut-être, rapporter leur développement à l'état congestif de ces régions, si fréquent chez la femme aux époques menstruelles et pendant la gestation.

« J'ajouterai que les femmes, chez qui j'ai trouvé ces tumeurs, avaient toutes eu des enfants. Quoi qu'il en soit, cette affection est propre au sexe féminin, propre aux jeunes femmes ou à l'âge adulte. Je me borne à signaler le fait, sans chercher davantage à l'expliquer. Ne voyons-nous pas chez l'homme, et chez l'homme jeune, une maladie particulière à ce sexe et à cet âge, les tumeurs fibreuses de la base du crâne dont l'origine nous échappe également?

« Que deviennent ces tumeurs? Elles ont une marche généralement très lente; elles mettent quatre, cinq, six, quelquefois même huit ou dix ans à acquérir le volume de deux poings. La plus grosse que j'aie vue avait un peu plus que le volume d'une tête de fœtus à terme; elle avait mis un temps fort long à se développer. Je ne saurais dire,

s'il en est de ces tumeurs comme des corps fibreux utérins, à savoir, si elles restent stationnaires après l'époque de la ménopause.

« Le diagnostic de cette affection est en général facile; on ne peut pas confondre ces tumeurs fibreuses avec des hernies, des anévrysmes, des abcès, etc. Il n'y a aucune comparaison possible entre ces diverses affections. On a pu prendre ces tumeurs pour des enchondromes de la fosse iliaque ou pour des tumeurs stercorales; mais en apportant un peu de soin dans l'étude des symptômes, on peut éviter l'erreur: l'enchondrome est très dur, bosselé, la tumeur fibreuse est au contraire lisse. Mais on pourrait peut-être confondre ces tumeurs fibreuses avec les tumeurs résultant d'une hypertrophie ou d'une dégénérescence ganglionnaire, avec un corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans l'une des fosses iliaques, ou enfin avec une tumeur syphilitique.

« Quels sont les signes diagnostiques qui permettent de préciser la nature de la maladie?

« Et d'abord, pour ce qui est des tumeurs syphilitiques appartenant à la période des accidents tertiaires dont je vous ai déjà entretenus bien des fois, tumeurs qu'il est si facile de prendre pour une tumeur développée dans les viscères, bien qu'elles soient bornées à la paroi abdominale, elles ont une certaine analogie avec l'affection que nous étudions, sous le rapport de la consistance, de la mobilité; cependant l'erreur est facile à éviter: les tumeurs syphilitiques sont généralement recouvertes par un tégument un peu altéré, la peau moins mobile qu'à l'état normal adhère un peu à la tumeur. Avec beaucoup de soin on peut constater, assez souvent, un léger changement de coloration du tégument. Enfin le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré: cet œdème est minime, j'en conviens, mais il est appréciable par une pression un peu prolongée, et soutenue pendant une minute environ: on obtient, alors, une légère dépression qui constitue un signe caractéristique de premier ordre. Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'on n'observe rien de semblable dans le cas de tumeurs fibreuses de la fosse iliaque.

« Quant aux tumeurs ganglionnaires, elles n'ont pas généralement la même dureté que celles qui nous occupent; elles sont fermes sans doute, mais ce n'est pas là la fermeté caractéristique du tissu fibreux: elles offrent une sorte de résistance, quelquefois une fluctuation obscure. Mais il y a un autre signe beaucoup plus important; les tumeurs ganglionnaires, ainsi que j'ai eu maintes fois l'occasion de vous le faire remarquer, ne sont presque jamais solitaires, j'oserais presque dire même qu'elles ne le sont jamais. Les tumeurs fibreuses au contraire sont toujours solitaires. En outre, les tumeurs ganglionnaires ont un siège particulier, elles sont situées au niveau

du pli inguino-crural, très rarement dans la profondeur de la fosse iliaque; enfin elles sont mobiles dans tous les sens et n'adhèrent pas à la crête iliaque.

« J'arrive, enfin, aux corps fibreux utérins, et vous comprendrez facilement que je ne m'y arrête pas; rien n'est plus aisé que d'éviter l'erreur; le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale ébranle le corps fibreux, et laisse au contraire immobile la tumeur iliaque.

« Quelle doit être la conduite du chirurgien? Je vous disais tout à l'heure que j'ai opéré deux de ces tumeurs; mais il y a aussi des cas où il ne faut pas les enlever.

« Cette opération est ce que l'on appelle en chirurgie une belle opération; on agit à découvert, on voit ce que l'on fait, le manuel opératoire ne présente pas des difficultés insurmontables, enfin le résultat est généralement très beau; il n'y a pas de récurrence, l'opération a donné une guérison durable. Mais il ne faut pas trop se laisser aller à ce genre de séduction; on ne dissèque pas impunément le péritoine iliaque. J'ai été assez heureux dans les deux opérations que j'ai pratiquées, mais on ne peut se dissimuler les dangers de la péritonite ou de l'inflammation du tissu cellulaire pelvien. En somme, c'est une belle opération, mais qui n'est pas sans être assez grave.

« Je crois convenable de formuler de la manière suivante la règle de conduite que vous aurez à observer dans la pratique : si la tumeur n'est pas très volumineuse, si elle n'est ni très gênante ni très douloureuse, il vaut mieux attendre et ne pas opérer : il n'y a pas péril en la demeure et la maladie peut d'ailleurs rester à l'état stationnaire. Il n'en est plus de même si la tumeur devient douloureuse, si elle s'accroît avec rapidité, ou enfin, si la malade insiste beaucoup pour en être débarrassée : il faut alors opérer.

« J'ai fait deux fois, vous ai-je dit, cette opération; la première malade était une femme que je voyais avec notre savant et excellent confrère Michon. Il craignait que la tumeur ne fût de nature encéphaloïde; aussi était-il peu disposé à l'opérer, considérant la récurrence comme à peu près inévitable. De mon côté, ayant déjà vu plusieurs faits de ce genre, et pensant bien qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse de la crête iliaque, j'insistai sur l'opportunité de l'opération. Michon accepta mon avis, et je procédai à l'extirpation. Celle-ci présenta quelques difficultés : le péritoine était très fortement adhérent à la tumeur, et en le décollant, je l'ouvris dans une petite étendue, heureusement un bouchon épiploïque vint obstruer la petite ouverture, et constituer ainsi une sorte de noyau anaplastique naturel : je me gardai bien d'y toucher. Tous les gros vaisseaux de la région avaient été disséqués, aucun ne fut lésé. Enfin j'abrasai le pédicule sur la

crête iliaque avec des ciseaux. Tout se passa bien, la malade guérit. Cette opération date aujourd'hui de quatre ou cinq ans; j'ai eu occasion de revoir la malade dernièrement; elle se portait parfaitement bien.

« Le second cas était plus simple : une incision semblable à celle que l'on pratique dans la ligature de l'iliaque externe découvrit la tumeur dans toute son étendue; le pédicule fut réséqué au niveau de la crête iliaque, la malade guérit. La tumeur avait un volume considérable, un peu plus gros que celui d'une tête de fœtus à terme.

« Maintenant, que devient le pédicule? Il était rationnel de craindre qu'après la résection de la tumeur, le pédicule ne devint le siège d'une nouvelle tumeur de même nature. L'expérience a prononcé à ce sujet : je n'ai pas eu de récurrence.

« On a proposé un autre moyen de guérir ces tumeurs. Considérant le pédicule comme le moyen de nutrition de la masse fibreuse, on s'est demandé si l'on ne pourrait pas se contenter d'en pratiquer la section sur la crête iliaque, et d'abandonner la tumeur à elle-même. C'est là, sans doute, une idée fort ingénieuse, mais l'expérience n'est pas faite sur ce point. Théoriquement, on peut déjà faire quelques objections à ce procédé; il est probable, par exemple, que le pédicule n'est pas le seul point par lequel la tumeur se nourrit et s'accroît, et que celle-ci emprunte quelques éléments au tissu cellulaire dans lequel elle est plongée. D'ailleurs, en admettant que le pédicule soit le point de départ de la nutrition de la tumeur, l'interruption résultant de sa résection ne sera que momentanée : elle cessera dès que la cicatrisation sera faite.

« Je me résume : en présence d'une *tumeur fibreuse de la fosse iliaque* on n'aura pas recours aux fondants et aux moyens du même genre; leur emploi serait évidemment inutile. Il n'y a que deux moyens radicaux, l'extirpation faite avec tout le soin et toutes les précautions que réclament les opérations portant sur le péritoine; ou bien, si le pédicule est mince et étroit, on pourra tenter la section sous-cutanée qui est facile et inoffensive, et qui n'empêche en rien de recourir, ultérieurement, s'il est nécessaire, à l'extirpation de la tumeur.

« N. B. — Gosselin vient de pratiquer sans succès durable la section du pédicule, la tumeur a continué de s'accroître, et l'on a été obligé de recourir à l'extirpation. »

A l'étranger, la période des travaux d'ensemble ne commence qu'en 1865.

Sous ce rapport, la priorité appartient donc, incontestablement, aux chirurgiens français.

Mais les étrangers ont la supériorité de ne parler, à *juste titre*, comme nous le prouverons plus tard, ni de *pédicule* ni d'*origine osseuse*.

L'*origine fibro-musculaire* est toujours admise sans discussion.

L'*extirpation* est acceptée comme le seul mode rationnel de traitement, et les efforts des auteurs qui se succèdent portent, principalement, sur l'étude des indications et contre-indications et sur les procédés de l'opération.

Le premier travail est celui de Cornils (1), mais sa thèse n'est qu'un recueil de trois observations de fibromes de la paroi de l'abdomen opérés par Esmarch.

Deux chirurgiens danois, Buntzen et Boye, publient deux leçons qui méritent d'attirer notre attention.

Buntzen (2), chirurgien de valeur, mais sur les raisonnements et les déterminations duquel pèse la crainte du péritoine, écrit, en 1868, une leçon sur la *vulnérabilité du péritoine, en particulier au sujet des tumeurs prépéritonéales*.

Après avoir passé en revue les divers cas de blessures accidentelles et chirurgicales, il s'exprime ainsi : « Au riche groupe d'opérations dans lesquelles le péritoine est intéressé, appartient encore une espèce qui n'a guère été, que je sache, mentionnée : c'est l'extirpation des *tumeurs extra* ou *prépéritonéales*. Tout chirurgien d'un hôpital a sans doute plusieurs fois été en présence de ces néoplasmes, souvent d'une assez grande étendue, qui se caractérisent comme des tumeurs de la paroi abdominale. Leur diagnostic est le plus souvent clair, attendu qu'ils peuvent se mouvoir avec toute la paroi abdomi-

(1) Thèse de Kiel, 1865. *De nonnullis fibromatis in teguminibus abdominis sitis*.

(2) A. Buntzen, *Peritoneums vulnerabilitet maermest med Hensyn til operation for de præperitoneale svulster*. Hospital Tidende, 40-41, 1868.

nale et sont pour cela considérés comme lui appartenant. Plus ils s'approchent de la surface extérieure, quand ils se limitent à la face des muscles plats de l'abdomen, plus leur mobilité devient distincte et, par suite, leur siège. Mais s'ils occupent les profondeurs et pénètrent toute la paroi abdominale, alors il peut être plus ou moins difficile de constater leur mobilité et leur siège, caché par la paroi abdominale elle-même. Une partie de ces tumeurs, surtout les fibroïdes, semblent se développer immédiatement sous le péritoine pariétal dans le tissu conjonctif sous-séreux ; en repoussant les couches de muscles et d'aponévrose ils se font jour pour venir saillir à l'extérieur. Cette espèce de tumeurs peut être un peu douteuse au diagnostic, car il faut décider s'il y a quelque adhérence aux viscères. Principalement quand elles ont une grande étendue, il n'est pas facile de déterminer, par le toucher, combien sont profondes leurs relations vers leur centre. Roser indique que ces tumeurs sont reconnaissables parce qu'elles font saillir la paroi abdominale *en voûte, en colline (hügelartig)* sur une partie limitée. Ce cas ne se présente pas quand elles se trouvent sous le péritoine et appartiennent à un viscère.

« Mais, même après avoir pris toutes ces précautions, le diagnostic de ces grands fibroïdes est difficile.

« Reste à étudier la question de leur traitement, et comme de pareils néoplasmes n'ont aucune tendance à la résolution, la question d'opération doit occuper le chirurgien, car dans certains cas il faudra savoir prendre un parti.

« J'ai eu, plusieurs fois, l'occasion de discuter cette question. Le plus souvent, j'ai refusé d'intervenir pour les fibroïdes grands et enfoncés dans la paroi abdominale, parce que l'opération m'a paru hasardeuse. On ne sait

pas si la tumeur se laissera décortiquer du péritoine pariétal et si l'on pourra éviter de blesser cette membrane et d'ouvrir la cavité abdominale. Cependant j'ai, deux fois, dans des circonstances urgentes, extirpé de pareilles tumeurs, mais quoique l'opération fût praticable et fût heureusement exécutée, le résultat n'en a pas moins été défavorable.

Plus loin, après avoir rapporté ses observations, l'auteur reprend :

« On peut, assez souvent, avoir l'occasion d'extirper des tumeurs de cette espèce. En effet, bien qu'elles appartiennent aux fibromes, leur accroissement est continu et assez rapide; elles peuvent atteindre une grosseur considérable. Elles occasionnent beaucoup de gêne.

« La possibilité de leur extirpation est reconnue. En effet, elles appartiennent tout à fait à la paroi abdominale, quoiqu'elles touchent de près à son enveloppe péritonéale, et prennent peut-être leur origine dans la couche du tissu conjonctif sous-séreux. Mais on peut douter de l'utilité de pareilles opérations, au moins d'après mon expérience personnelle. En effet, dans mes deux cas, le dépouillement et la dissection du péritoine pariétal, sur une grande étendue, a eu pour suite une péritonite mortelle.

« On conçoit facilement que la *vulnérabilité* du péritoine soit considérable dans cette forme du traumatisme. On pourrait croire, avec raison, que l'ouverture de la cavité et le décollement du péritoine sont la cause de l'inflammation. Mais nous trouvons le contraire dans les opérations d'ovariotomie. On n'a pas, que je sache, d'explication précise de ces différences, surtout pour la *vulnérabilité* de la couche extérieure du péritoine, mais il est probable que la nutrition de la membrane est plus attaquée par le raclage de ses adhérences, que par une blessure directement pénétrante.

« Il ne faut pas passer sous silence que ces deux essais opératoires peuvent être sujets à quelques critiques. Dans l'un des cas une péritonite traumatique en fut la suite. Dans l'autre une inflammation phlegmoneuse des couches musculaires est venue s'y ajouter.

« A ce sujet, on pourrait croire à l'influence des hôpitaux sur les grandes plaies, et alors, l'action traumatique sur le péritoine ne serait pas la cause principale des accidents; mais il n'y avait pas lieu de faire une telle conjecture dans les cas actuels, et d'une manière générale nous n'avons pas remarqué que la péritonite se soit présentée sous l'influence de pareilles conditions. Certains auteurs, cependant, croient le contraire : ainsi, nous trouvons, dans Roser (1), la péritonite citée comme une maladie des hôpitaux soumise à une influence zymotique, un miasme pyœmique ou une contagion. Il cite plusieurs cas où la péritonite mortelle s'est déclarée, à certaines époques, après des opérations extérieures à l'abdomen, dans le périnée, à l'anus, et il les groupe avec l'érysipèle traumatique. Dans notre long exercice, nous n'avons jamais observé cela, aussi nous ne nous rangerons pas de cet avis. Au contraire, je crois qu'il faut grouper ces cas de péritonite avec ceux, qui ne sont pas rares, par suite d'une contusion de l'abdomen où le péritoine est indirectement influencé, probablement, dans sa nutrition. »

Boye, autre chirurgien danois, qui écrit quelques années plus tard, est le premier auteur étranger de marque qui s'occupe, spécialement, de l'espèce de tumeur de la paroi abdominale que nous étudions, mais il ne lui a consacré

(1) *Anatomische chirurgie*, 1867, I, p. 289.

qu'une leçon clinique. Il lui donne le nom de *prépéritonéale*. Sa description est exacte, quoiqu'incomplète; ses idées sur le traitement sont justes. Quoiqu'il ne connût pas la méthode antiseptique, il n'hésite pas à proposer le seul traitement justifiable et radical, l'*extirpation*, et il accompagne sa proposition de considérations utiles et intéressantes.

Il eut, cependant, un insuccès sur deux opérations, mais il ne fut pas découragé comme son prédécesseur et compatriote Buntzen.

Son mémoire est trop court pour supporter l'analyse, nous le reproduisons en entier.

Traitement chirurgical des tumeurs préperitonéales, par F. Boye (1). « Par suite de l'expérience acquise dans ces dernières années, surtout en ce qui touche à l'ovariotomie, il est démontré que le péritoine possède une tolérance qu'on ne lui connaissait pas, jusque-là, à l'égard des traumatismes, de telle sorte que des voies nouvelles ont été ouvertes aux chirurgiens, pour l'intervention, dans des cas où les plus hardis de leurs devanciers se seraient sûrement abstenus. Néanmoins, il existe une variété de lésions en regard de laquelle cette sereuse présente une sensibilité effrayante : *ce sont celles qui entraînent le décollement, sur une grande étendue, des connexions du péritoine avec la paroi abdominale.*

« On a observé, parfois, ce décollement à la suite d'une faute opératoire ou d'une maladresse dans l'ovariotomie. Dans ce cas, il est rare que l'opérateur puisse obtenir un résultat favorable.

« En règle générale, un léger décollement du péritoine se fait lorsqu'on enlève une tumeur placée immédia-

(1) *Om de præperitoneale svulsters operative Behandling. Hospitals Tidende.* 16^e année, p. 177, n^o 45, 1873.

tement en avant de celui-ci. On ne peut enlever la tumeur sans décoller le péritoine, à moins qu'on ne détache, en même temps qu'elle, le fragment de la séreuse auquel elle adhère. La frayeur d'ouvrir, par suite de cette perte de substance, une large baie en avant des viscères a fait, qu'en règle générale, on a eu recours au premier procédé.

« Les tumeurs placées au devant du péritoine et que j'appelle *prépéritonéales* présentent certaines indications spéciales de traitement. Je me permettrai donc de présenter quelques remarques à leur sujet.

« Au point de vue purement clinique, il me semble que ces tumeurs peuvent être divisées en deux groupes. Elles se développent dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, ou dans le tissu musculaire.

« Je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer la première variété dans les autopsies, mais je l'ai souvent observée pendant la vie, j'ai même rencontré des tumeurs de cette espèce d'un grand volume. En règle générale, elles ont cessé de se développer quand elles ont atteint un certain volume, et même on les a vues parfois disparaître, complètement, sous l'influence d'un traitement approprié. Comme je ne les ai jamais vues causer d'autres inconvénients que ceux qui tenaient à leur volume et à leur poids, inconvénients purement mécaniques, j'admets qu'en règle générale elles sont de bonne nature et ne réclament une opération que dans des cas tout à fait exceptionnels.

« Au contraire, j'ai eu deux fois l'occasion d'observer et d'opérer des tumeurs de la seconde variété, c'est-à-dire de celles qui se développent dans l'épaisseur même des muscles; je les ai vues toutes deux suivre la même marche, c'est-à-dire qu'après avoir grossi d'abord,

assez lentement, elles se sont mises, tout à coup, à se développer avec une rapidité effrayante, sans qu'aucun traitement pût les enrayer, et, si on les eût abandonnées à elles-mêmes, elles seraient arrivées, très vite, à une issue funeste, comme toutes les tumeurs analogues.

« Mon mémoire actuel reposera sur ces deux cas ; il me semble que je suis d'autant plus autorisé à l'entreprendre que ces tumeurs ont été peu étudiées dans la littérature. Dans notre presse périodique nationale, je ne trouve que deux observations dans lesquelles des opérations aient été faites ; ces malades moururent. » (Ces cas sont ceux de Buntzen dont nous avons analysé le travail page 47.)

Ici se trouvent, dans le mémoire, les observations que l'on retrouvera plus loin. L'auteur continue :

« Du développement de ces tumeurs il est possible de tirer une indication relativement au moment favorable pour l'opération. Il faut opérer, de bonne heure, les tumeurs de nature suspecte, de manière à ne pas leur donner le temps d'atteindre le péritoine ; de cette manière on pourra les enlever sans produire autre chose qu'une lésion insignifiante.

« Si, par la faute du médecin ou du malade, on laisse passer ce moment, on est obligé d'enlever la tumeur lorsqu'elle a atteint le péritoine. Il faut, alors, la détacher sur une étendue plus ou moins grande, procédé très dangereux. Il ne faut pas perdre de vue, en nous rappelant l'insuccès des deux cas du professeur Buntzen opérés par ce procédé, qu'il est effrayant de léser, sur une étendue relativement grande, une sereuse mince, parce qu'en la privant de ses moyens de nutrition on l'expose à l'inflamma-

tion et aux processus destructeurs qui ont souvent une tendance invincible à se généraliser.

« Un second procédé consiste *dans l'ablation*, avec la tumeur, *de la portion de péritoine sur laquelle elle s'insère*; il a pour inconvénient de ne laisser aucune couche de tissu entre les viscères et la plaie de la paroi. On peut y obvier, jusqu'à un certain point, en se servant, comme nous l'avons fait, de l'épiploon. Attiré en avant et suturé au tégument, c'est un obturateur naturel, une sorte de rideau fixé devant l'ouverture abdominale. Dans ces conditions, même quand le lambeau cutané a été libéré de la couche sous-jacente par une opération sanglante, l'épiploon protège le reste du péritoine contre la suppuration. Le cas rapporté contribue à prouver que ce procédé est, de tous, le moins périlleux. Si pourtant on veut donner à ce fait une signification plus étendue, il faut tenir compte d'une circonstance qui en modifie légèrement la valeur. L'expérience tirée de l'ovariotomie démontre qu'un péritoine modifié, d'une manière ou d'une autre, supporte mieux les traumatismes opératoires qu'un péritoine sain. Or, dans les tumeurs analogues à celles dont on rapporte les observations, les adhérences ne se forment point sans réaction du péritoine; il est donc possible que le résultat eût été tout différent si l'on eût opéré sur un péritoine absolument normal. Il serait peut-être bon, avant de tenter l'extirpation, d'injecter, dans l'épaisseur de la tumeur, de la teinture d'iode ou de l'acide acétique, moins dans l'espoir d'en obtenir la disparition que pour provoquer la formation d'adhérences et rendre la portion du péritoine voisine plus tolérante pour l'intervention opératoire. Il est vrai qu'en agissant de la sorte on s'expose à provoquer une péritonite grave; mais c'est là une éventualité rare, et, en présence d'un mauvais cas, il faut toujours risquer quelque chose; cette

opération paraîtra légitime si l'on songe qu'au moment de l'ablation il faudra ou enlever un fragment du péritoine, ou le décoller. »

Les deux professeurs danois signalent le danger du décollement du péritoine. Ils lui attribuent une grande part dans les accidents consécutifs des mauvais cas qui emportent le malade. Ils se sont demandé pourquoi ?

Ils n'ont pas trouvé de meilleure explication que celle du trouble nutritif résultant de la destruction des moyens de nutrition du péritoine sur une certaine étendue de sa face externe. Ils repoussent l'idée d'une intoxication miasmatique venue de l'extérieur, de l'hôpital. L'un d'eux propose de préparer la séreuse par des injections dans la tumeur, afin de rendre la membrane plus vasculaire et plus résistante.

Ils n'ont pas trouvé la solution du problème ; après eux la question se pose de nouveau, et elle n'est pas résolue.

Ce n'est pas le *décollement du péritoine* qui fait la gravité de ces plaies, c'est la *réten tion des liquides*.

L'année 1875 est une des dates les plus importantes de notre historique.

Deux travaux paraissent à ce moment : en France, un mémoire de Guyon, et en Allemagne la thèse de Suadicani. Ces travaux auront pour l'avenir la plus grande influence sur la *méthode curative*. Car l'un *renverse l'erreur d'Huguier sur le pédicule* si préjudiciable au traitement et montre qu'il n'y a qu'un seul traitement possible : l'extirpation. L'autre nous apprend le mode de pansement qui fait disparaître la gravité des plaies du péritoine. Suadicani décrit, dans sa thèse, les avantages de l'application de l'antisepsie à l'extirpation de ces tumeurs.

Donc, on ne perdra plus son temps à des traitements

inutiles sur le pédicule. On extirpera hardiment, et on ne verra plus les chirurgiens laisser mourir leur malade par crainte d'adhérence de leur tumeur avec le péritoine.

La comparaison de ces deux publications simultanées montre bien l'état d'infériorité dans laquelle nous a laissés l'idée du pédicule. En France, nous en sommes encore à des discussions sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs, que déjà la méthode antiseptique a donné ses merveilleux résultats en Allemagne.

Le travail de Guyon ne traite pas spécialement notre sujet, il est plus général. Il s'occupe, à la fois, des fibromes des diverses parties du tronc, mais il n'en a que plus de poids à notre point de vue. Il marque l'évolution des idées françaises sur la nature de ces tumeurs. Il prouve que partout, au ventre, au dos comme à la nuque, des tissus aponévrotiques sont le point de départ de la néoplasie. Jamais l'os ne lui donne naissance. S'il *existe un pédicule* reliant la tumeur au squelette, c'est une *adhérence tardive, secondaire*, n'ayant rien du rôle nourricier qu'on lui a jadis attribué.

La conclusion logique de ce travail c'est que la ligature, la section, les traitements quelconques du pédicule sont inutiles.

Voici comment s'exprimait Guyon (1) :

« L'étude anatomique et l'étude clinique des tumeurs dont nous traçons l'histoire sont jusqu'à présent concordantes.

« Cette double étude nous autorise à les considérer comme des fibromes, elle nous renseigne sur leurs connexions et nous dispose à admettre qu'elles sont essentiellement

(1) *Tribune médicale*, p. 257, 1877. Fibromes aponévrotiques intra-pariétaux. — Idem, dans *Bull. Acad. de médecine*, 22 mai 1877, p. 546. — Idem, dans *Bull. Soc. de chirurgie*, 1875.

d'origine aponévrotique. Cependant, les connexions que les fibromes ont si habituellement avec le tissu osseux et, en particulier, avec les apophyses épineuses et transverses leur ont fait attribuer une origine périostique.

« On peut constater que la tumeur apparaît, tout d'abord, à une distance vraiment considérable des points osseux qu'on peut lui attribuer comme origine.

« Cela n'est pas moins évident dans les observations de fibromes intra-pariétaux de l'abdomen; les tumeurs que l'on dit naître de la crête iliaque ont été toujours vues, dans les cas où la période de début a été observée, à une certaine distance de l'os des iles, le plus souvent au-dessus du ligament de Fallope, quelquefois même plus haut dans la gaine du muscle droit.

« Les fibromes intra-pariétaux que nous étudions ne naissent donc point du squelette, mais les progrès de leur développement vont fatalement tendre à les en rapprocher. Originellement liés à l'une des lames de l'aponévrose cervicale ou dorsale, ils sont entraînés vers les os par la contraction musculaire, par la tension des membranes fibreuses, par la rétraction de ces tissus, par l'envahissement progressif de leur propre insertion. De là des attaches constantes dans des points constants aux apophyses épineuses et transverses, à l'omoplate et surtout à son épine, à la clavicule, quelquefois à la face interne de l'angle de la mâchoire, à la loge parotidienne, à l'enveloppe du digastrique et enfin à l'apophyse mastoïde et à la crête de l'occipital externe. »

Suadiciani (1) a été inspiré par Esmarch comme Cornils l'avait déjà été en 1865. Ce sujet est familier au maître.

(1) Thèse de Kiel, 1875, *Ueber die Geschwulste in dem Bauchdecken*.

La thèse de Suadicani n'ajoute qu'une observation à celles de Cornils, mais elle est plus riche en recherches bibliographiques. Elle n'est pas une simple collection de faits, elle contient un petit résumé des caractères de l'affection, des essais sur la nature, l'étiologie et le traitement. Comme Guyon, d'accord avec tous les chirurgiens étrangers, il regarde les fibromes comme issus des parties molles. Peu lui importe le pédicule qui a si fort dérouté nos compatriotes.

Il n'est pas plus avancé que les autres sur l'étiologie, mais il se demande si la distension des parois de l'abdomen, pendant la grossesse, n'a pas une influence importante. Il est dans le vrai quand il est décisif sur la question d'extirpation, quand il s'attache à démontrer qu'on s'est exagéré les dangers de l'ouverture péritonéale, quand il recommande le pansement de Lister et s'extasie sur ses résultats (1).

C'est là ce qui rehausse la valeur de cette thèse; mais n'oublions pas que Suadicani n'est que le porte-parole. C'est Esmarch qui a opéré et qui a appliqué le traitement. A lui revient l'honneur de ce progrès.

A Paris, l'année suivante, 1876, paraît la thèse de Salles (2). Elle est loin d'avoir le mérite des travaux de l'année précédente. Mais elle est un document historique : elle reproduit les opinions qu'un élève a entendu exposer à ses maîtres, et c'est pour cette raison qu'il faut attirer l'attention sur elle. Elle nous montre que tous les chirur-

(1) Le pansement de Lister avait déjà été employé par l'Américain Hulke en 1870, mais pour une petite tumeur dont l'extirpation avait été facile. La guérison n'avait rien d'étonnant, tandis que dans le cas d'Esmarch il y avait une énorme plaie du péritoine, qu'il fut même impossible de suturer.

(2) *Étude sur les tumeurs fibreuses péripelviennes.*

giens français n'ont pas encore suivi le mouvement du progrès.

Elle est bien incomplète. Sa bibliographie est très négligée, elle ne renferme que deux observations nouvelles. Encore l'une d'elles, qui a trait à un fibrome du périnée, est-elle nulle à notre sens. Pourquoi Saleses l'a-t-il acceptée? toujours à cause du pédicule. C'est sur la conception d'Huguier qu'il s'appuie. Le lien commun de la tumeur du périnée et de celles de la paroi de l'abdomen c'est le pédicule qui les fait adhérer toutes deux au bassin. Donc le bassin est l'origine de ces tumeurs; donc elles doivent être nommées péripelviennes.

Saleses reproduit toutes les vieilles opinions émises sur ce pédicule, et il s'évertue, en outre, à prouver que c'est lui seul qui nourrit le néoplasme et non les vaisseaux qui peuvent pénétrer par la périphérie.

Aussi accepte-t-il avec enthousiasme un mode de traitement imaginé par Richet : *la ligature sous-cutanée du pédicule*; « c'est, dit-il, une conception philosophique qui est sans contredit une des conquêtes les plus rationnelles de la science. »

Cependant, le résultat de la seule application qui en fut faite n'est pas encourageant : suppuration, phlegmon, nécessité d'incisions, de débridements, enfin persistance de la tumeur. Voilà ce qui se trouve dans l'observation de Saleses, et cependant c'est là le procédé qu'il préfère. Du reste le sens critique chirurgical paraît lui manquer absolument. Il trouve meilleur de faire une opération incomplète qu'une ouverture du péritoine, et quant à l'extirpation complète, il propose de la faire au galvano-cautère pour éviter l'hémorrhagie.

En dépit de la thèse de Saleses, l'influence de la théorie

du pédicule sur le traitement disparaît; mais il est étonnant de voir que la présence de ce pédicule est encore constatée par quelques-uns de nos compatriotes, avec une fréquence qui ne s'observe pas à l'étranger.

L'extirpation devient, en France comme à l'étranger, la méthode de choix, et chacun tend à l'améliorer. L'application de la méthode antiseptique rend les chirurgiens plus entreprenants. La blessure du péritoine n'éveille plus de crainte. Disons même que l'excès contraire s'est présenté. Le péritoine a été ouvert d'une manière exagérée. Heureusement c'est un fait isolé, et la majorité des opérateurs hardis mais sages ménagent autant que possible la paroi séreuse, mais ne reculent plus devant l'opération par crainte de son ouverture.

Aussi les cas publiés deviennent de plus en plus nombreux, et les travaux se succèdent rapidement. Arrêtons-nous d'abord sur le nom de Sklifossovski, dont les publications se signalent par leur originalité (1).

La hardiesse opératoire, née de la confiance dans l'innocuité des plaies traitées d'une manière antiseptique, mit Sklifossovski, très habile chirurgien russe, en présence d'un cas inattendu.

Jusqu'alors on avait presque (2) toujours pu fermer la cavité péritonéale après l'opération. Seule la brèche musculaire n'avait pas été toujours comblée, les muscles n'ayant pu être rapprochés; il en était résulté, quelquefois, mais pas toujours, des éventrations.

Pendant l'extirpation d'un énorme fibrome pesant

(1) *Voienno meditsinski Journal*, Saint-Petersbourg. 1877, n° 7. — *Vratch*, 1882, n° 18, *Des blessures du péritoine*, Saint-Petersbourg. Peut-on chez l'homme pratiquer l'ablation de la sangle musculaire préabdominale? *Vratch*, 1884, n° 33, *Matériaux pour la chirurgie de la cavité abdominale*.

(2) Il existe un seul cas d'Esmarch où le péritoine n'a pu être rapproché.

7 kilos 400, Sklifossovski produisit un tel délabrement qu'il lui fut impossible de réunir ni les muscles ni le péritoine. La peau seule recouvrit les intestins. Que devait-il résulter du contact de cette surface cruentée avec les intestins? Telle était la nouvelle question qui venait de se poser. La malade guérit. Il n'y eut pas de troubles des fonctions intestinales, à peine une légère modification du rythme respiratoire.

Un nouveau cas se présenta. Même succès.

Sklifossovski entreprit, sur le sujet, une série d'expériences qu'il exposa dans des articles du *Vratch* parus en 1882 et en 1884, et il vit que l'épiploon pouvait se souder à la peau et remplacer le péritoine pariétal. C'est un travail de longue haleine que celui de l'habile chirurgien de Moscou. Mais il est trop pratique pour appartenir simplement à l'historique. Nous nous contenterons, ici, de dire que Sklifossovski fit faire un progrès énorme au traitement de ces tumeurs, en montrant que leur volume ne devait pas les rendre inopérables, et que le péritoine pouvait supporter, sans réagir, des lésions hors de proportion avec tout ce que l'on pouvait imaginer.

Bien que, jusqu'ici, nous ayons reproduit tous les travaux de valeur, nous nous en tiendrons cette fois à cette courte analyse, et nous reportons, à l'article Traitement, l'exposé complet des observations et des mémoires, si importants pour la pratique, de Sklifossovski.

Nous ferons de même du mémoire que Säger (1), privat-docent allemand, fit paraître en 1884 sur le même sujet. Säger fut moins bien inspiré, et nous ne pouvons lui adresser des éloges sans réserves, comme à son prédécesseur

(1) Ueber desmoide Geschwülste der Bauchwand. *Archiv f. Gynæcologie*, vol. XXIV, cah. I.

dans cette voie. Il défendit des exagérations que nous combattons.

Nous reprenons maintenant l'ordre chronologique, un moment interrompu, à cause de la série des travaux de Sklifossovski sur le même sujet.

En 1878, Nicaise (1) publie une observation qu'il fait suivre de quelques réflexions. Il proteste contre l'idée de bénignité absolue que l'on attachait à ces tumeurs. Il rassemble les cas où il y a des récidives; mais il établit une confusion entre les fibromes tout à fait spéciaux qui nous occupent et les tumeurs malignes qui peuvent survenir au même lieu. Tel est un cas de Cameron (2), qui est un sarcome pur. Il rapproche aussi ces tumeurs de la paroi antérieure de l'abdomen, des tumeurs péripelviennes et des fibromes du tronc en général.

Nicaise est un de ceux qui ont conservé l'opinion ancienne sur le pédicule, ainsi qu'on peut en juger par les lignes suivantes, dont il fait suivre la communication de son observation à la Société de chirurgie.

Remarques :

« Il s'agit donc, dans ce cas, d'une tumeur fibreuse développée vers l'époque de la ménopause, chez une femme ayant eu des enfants, et dans le côté gauche de la paroi abdominale, comme cela a été signalé dans la plupart des observations. La base de la tumeur s'insérait à la fois sur le périoste de la crête iliaque et sur les aponévroses profondes de la paroi abdominale, en particulier sur celle des muscles petit oblique et transverse. Il y a lieu de remar-

(1) *Soc. de chirurgie*, 1878 et *Revue mensuelle de méd. et de chirurgie*, 1878. Note sur les fibromes aponévrotiques et périostiques du tronc.

(2) *Glasgow medical Journal*, 1875, vol. VII, n° 1, p. 12.

quer qu'elle avait débuté près de la crête iliaque et que ce n'est que plus tard qu'elle est montée dans le flanc; on est donc en droit de supposer qu'elle a pris naissance sur le périoste de la crête iliaque, au niveau des insertions aponévrotiques de l'abdomen, et qu'ensuite elle a continué à se développer en suivant ces aponévroses.

« La tumeur était donc bien intrapariétale et analogue à celles qu'a décrites Guyon dans son récent mémoire. »

Cette conclusion de Nicaise est imprévue; il est facile de voir en effet, en se reportant au texte que nous avons publié plus haut, que Guyon renie l'origine osseuse de ces tumeurs, et c'est pour cela qu'il leur a donné le nom d'aponévrotiques.

Mais, pour être juste, disons que l'auteur de cette remarque, tout en défendant l'ancienne théorie de Huguier, se rend à l'évidence et admet qu'il peut en être autrement. Il dit, en effet, dans la même séance de la Société de chirurgie, les phrases suivantes :

« Dans l'observation que je viens de vous communiquer, la tumeur s'insérait à la fois sur le périoste et sur les aponévroses abdominales; mais il n'en est pas toujours ainsi. Depaul, après Cruveilhier et Virchow, nous a démontré qu'elles pouvaient prendre naissance sur le périoste seul (*Ibidem*, 1877, p. 741, tumeur des trous sacrés).

« Elles peuvent aussi s'implanter exclusivement sur les aponévroses. Letailleux, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Alençon, m'a fait l'honneur de m'adresser une observation inédite dans laquelle se trouve relatée l'histoire d'une jeune femme à laquelle notre distingué confrère enleva avec succès une énorme tumeur fibreuse développée sur la ligne blanche. »

En 1879, Grätzer fait une thèse (1) riche de faits colligés, mais ne contenant en réalité qu'un seul cas nouveau. Il essaye de classer ces tumeurs et de donner leur étiologie. Ni l'un ni l'autre essai ne nous semble avoir réussi.

Ces tumeurs, d'après lui, naissent du feuillet postérieur de la gaine du muscle droit, dans le plus grand nombre des cas. Parties de la partie postérieure, elles font, constamment, une saillie en avant qui soulève la paroi abdominale. Au contraire, il n'est pas si habituel de les voir faire saillie en arrière, vers le péritoine; mais, quand elles le font, trois alternatives peuvent se présenter : ou bien elles se développent entre l'aponévrose et le fascia, ou bien elles se soudent au péritoine, ou bien encore elles *le perforent*.

C'est contre cette dernière assertion que nous protestons. Grätzer doit avoir confondu les tumeurs malignes avec les fibromes bénins de la paroi de l'abdomen, car nous ne connaissons aucun cas de fibrome authentique s'étant présenté avec un fungus intra-péritonéal.

En étiologie, il repousse tout ce qui a été proposé avant lui et particulièrement la grossesse; elle n'a pas d'influence, car si elle en avait, dit-il, on devrait rencontrer, beaucoup plus souvent, ces tumeurs.

Il met, à la place, une théorie déjà émise pour d'autres tumeurs, mais qui nous semble bien subtile et bien difficile à comprendre.

Nous la reproduisons, cependant, et, pour ne pas nous tromper, nous donnons une traduction littérale :

« Il ne reste maintenant qu'une chose, c'est la disposition
« embryonnaire de Cohnheim. Elle explique tout, car admet-

(1) *Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand*, Breslau.

« tons que les fibromes des parois de l'abdomen provien-
« nent de dépôts embryonnaires qui n'ont besoin que de
« certaines excitations pour croître, marcher et apparaître ;
« alors, à mon avis, nous trouvons une cause à leur rapide
« développement dans l'afflux sanguin de la grossesse ;
« puis, d'un autre côté, nous trouvons une explication
« pour leur fréquente apparition chez les multipares.
« Chez celles-ci la distension fréquente de la peau du
« ventre contribue visiblement au développement des
« germes des tumeurs, d'autant plus que, par le relâche-
« ment, la force de résistance physiologique a été amoin-
« drie et l'acroissement des dispositions embryonnaires a
« été facilité.

« Un deuxième point parle pour l'hypothèse de Cohnheim.
« C'est le point de départ des fibroïdes de la paroi, dans
« le feuillet postérieur de la gaine du droit. Dans l'embryon,
« l'appareil moteur et le canal intestinal sont d'abord repré-
« sentés par un seul feuillet, le mésoderme. Aux dépens
« de celui-ci se développent d'une part les muscles avec
« leurs fascias, d'autre part le tube intestinal avec sa sé-
« reuse. S'il est normal de ne pas songer à une séparation
« parfaite de trois ou quatre feuillets blastodermiques,
« qu'est-ce qui semble plus simple que la pensée suivante :
« Dans un stade quelconque du développement embryon-
« naire sur les limites des systèmes séreux et musculo-
« tendineux, une complication intercurrente détermine une
« hypergénèse ou une déviation des feuillets ou germes.
« Ceux-ci, dans certaines conditions, sont excités à s'ac-
« croître et se mettent à paraître. Dans l'un des fibromes
« opérés ici (exemple qu'il rapporte dans sa thèse), des
« faisceaux de fibres musculaires lisses ont été rencontrés.
« Ceci me fortifie dans mon opinion. Ceux-ci peuvent ap-
« partenir à des vaisseaux qui sont un dérivé du méso-

« derme ou bien ce peuvent être des muscles striés restés
« à la période embryonnaire, ou enfin des muscles lisses
« séparés du tube intestinal : toutes ces suppositions pos-
« sibles parlent pour la disposition embryonnaire.

« En admettant le dépôt embryonnaire on explique d'une
« manière analogue la présence du myxo-fibrome et du fibro-
« sarcome. »

Une semblable étiologie n'a pas été acceptée. Cela ne nous paraît pas étonnant; un seul auteur l'a déclarée possible sans vouloir cependant la défendre, c'est Brüntzel, dont nous parlerons plus loin; mais on verra qu'il a la même tournure d'esprit que Grätzer.

En 1880, Péan consacre quelques pages à ces tumeurs, qu'il essaye de classer. Nous les reproduisons (1).

« Ces tumeurs se rencontrent dans l'épaisseur des muscles et des aponévroses de la paroi de l'abdomen. Les lieux d'élection qu'elles affectent sont : le voisinage de l'ombilic, du ligament de Fallope, de l'épine iliaque et des fausses côtes.

« Leur diagnostic ne présente pas de grandes difficultés quand elles occupent les couches superficielles, car, à moins d'une obésité très prononcée, on reconnaît facilement par la palpation leurs caractères propres, qui sont : une forme aplatie suivant les faces, un contour le plus souvent ellipsoïde, une surface lisse, unie, largement bosselée, une consistance ferme, dure, élastique, des bords mousses, circonscrits, bien accusés.

« Par contre, les fibromes des couches profondes font saillie du côté de la cavité péritonéale et sont moins

(1) *Traité des Tumeurs abdominales* : article *Tumeurs fibreuses intra-musculaires*, p. 141.

accessibles à la vue et au palper. Il ne faut pas oublier que leurs lieux d'élection sont le voisinage des fausses côtes pour les fibromes de la région sus-ombilicale, et celui de l'épine iliaque pour ceux de la région sous-ombilicale. En ces points, leur consistance paraît augmentée et leur mobilité diminuée par le fait même de la tension et de la résistance des insertions musculo-aponévrotiques. Mais cette fixité les rend plus faciles à délimiter. Il est presque toujours possible d'engager la main au-dessous des fibromes, lorsqu'ils siègent au niveau des parties molles. Il est d'autant plus difficile de se renseigner sur leur volume et sur la largeur de leur implantation, qu'ils sont plus profonds. Et cependant ce sont là des renseignements fort précieux à acquérir, surtout si l'on réfléchit que ce qui a paralysé les efforts de beaucoup de chirurgiens, dans des cas semblables, c'était la crainte de rencontrer un fibrome qui prît son insertion sur le feuillet pariétal du péritoine lui-même : or c'est surtout au voisinage de la ligne médiane que ce diagnostic est difficile. Il faut donc redoubler de soins pour éclairer la question. Après avoir saisi la tumeur entre les doigts, il faut rechercher le degré de mobilité qu'elle présente, s'efforcer en même temps de reconnaître quelles couches musculaires sont soulevées et quelles sont celles qui sont repoussées vers le péritoine. Malheureusement une mobilité même étendue de la tumeur n'est pas incompatible avec une implantation péritonéale.

« Il est en général plus facile de différencier les fibromes intra-musculaires des abcès, des kystes, des lipomes.

« Mais le diagnostic d'avec les sarcomes offre des difficultés beaucoup plus sérieuses.

« Le traitement est exclusivement chirurgical : on ne connaît aucun moyen médical capable d'en enrayer le déve-

loppement. La compression, à l'instar de celle qu'on a proposée pour certaines tumeurs du sein, c'est-à-dire soutenue pendant un temps assez long et à un degré assez prononcé pour amener l'atrophie de la tumeur, serait aussi inutile que difficile à appliquer.

« Le seul moyen réellement pratique est l'extraction faite avec le bistouri ou avec le couteau rougi. Quand les fibromes sont profondément situés et très proches du péritoine, il faut redoubler d'attention, parce qu'il se présente alors des difficultés nouvelles et des indications spéciales. Il faut, dès que la tumeur est mise à découvert, conduire la dissection avec le plus grand soin, suivre la capsule celluleuse d'enveloppe et s'en servir comme guide jusqu'à l'insertion, bien que celle-ci ait encore lieu sur une aponévrose profonde. A ce moment, il ne faut pourtant pas hésiter à enlever complètement la surface d'implantation, dans le but de prévenir la récurrence, ce qui est loin d'être sans exemple.

« Le pansement consiste à réunir les lèvres de la plaie, avec drain à la partie la plus déclive, pour faciliter l'écoulement des liquides fournis les jours suivants et pour favoriser la réunion immédiate. »

En 1881 Weinlechner insista sur les difficultés du diagnostic (1).

En 1883, Herzog, dans un court mais substantiel travail, donne une bonne étude des symptômes, de bonnes indications sur le traitement, et surtout une théorie de l'étiologie de ces tumeurs qui nous semble avoir la plus grande valeur. L'élève de Volkmann, appuyé de l'autorité

(1) *Wiener med. Blätter*, n° 1, 1883. Extirpatio eines für einen ovarial Tumor gehaltenen cystofibrom der vorderen Bauchwand.

du maître, décrit ces tumeurs comme des cicatrices musculo-aponévrotiques exubérantes et les compare aux cals exubérants des fractures. Il rassemble plusieurs observations probantes, où l'on a pu constater des ruptures ou des traumatismes musculaires, comme premier stade de la tumeur (1).

Nous ne reprochons à cet auteur que d'avoir été incomplet, et nous signalons ce travail parmi les meilleurs et les plus importants.

L'étiologie de Herzog n'est pas admise sans contestation. La contradiction débute par une note de son rapporteur, dans le *Centralblatt für Gynäcologie*, Bockelmann. Celui-ci fait remarquer qu'il est bien possible que la rupture ait eu lieu dans un fibrome commençant. La présence du fibrome aurait enlevé de la résistance au muscle et préparé l'accident.

La même année, 1883, un revirement se produit en France. Les hardiesses chirurgicales n'avaient pas toujours été suivies de succès, malgré les précautions antiseptiques. Verneuil et Trélat eurent des morts, et ce dernier inspira une thèse pour démontrer qu'il fallait attendre l'urgence et que les petits fibromes devaient être ménagés. Nous sommes du coup revenu à la réserve des premiers temps de notre historique.

La thèse dont nous voulons parler est celle de Guerrier. Elle mérite des louanges pour les efforts de travail qu'elle révèle. Elle contient vingt-sept faits nouveaux ou du moins non encore connus en France. Néanmoins elle est encore incomplète. Elle accepte les idées de Guyon, préconise le traitement antiseptique, l'extirpation complète et pose

(1) *Ueber Fibrome der Bauchdecken. Vier Fälle aus der Volkmann'schen klinik.* Munich, 1883.

même la question du traitement de la plaie. L'auteur imagine dans ce but un procédé opératoire consistant à traiter la plaie du péritoine comme dans l'ovariotomie (1).

En 1884, Bruntzel (2) profite de la publication d'une nouvelle observation pour attaquer de nouveau Herzog.

Il approuve, d'abord, les remarques de Bockelmann disant que si le muscle s'est rompu, c'est peut-être à cause de l'existence antérieure d'un fibrome. Il trouve possible la théorie des dépôts embryonnaires de Cohnheim appliquée par Grätzer à la paroi antérieure de l'abdomen.

Mais en somme il n'admet rien, nettement, et surtout il ne met rien à la place de ce qu'il n'accepte pas.

Encore en 1884, Sanger n'accepte pas, bien nettement, non plus, la théorie de Herzog et Volkmann. Voici pourquoi. L'adhérence du néoplasme se fait surtout avec les aponévroses : si le tissu musculaire en était l'origine, on devrait le trouver entre les deux aponévroses intactes, ce qui n'a pas lieu (3).

La théorie des vestiges embryonnaires de Cohnheim lui paraît encore moins soutenable. Elle est appuyée surtout sur le cas de Grätzer, où il y avait des fibres lisses dans la tumeur. Mais rien n'est plus douteux, dit Sanger, que l'existence de ces fibres musculaires. Grätzer ne les a-t-il pas confondues avec les cellules fusiformes du tissu conjonctif ?

Pour lui, il s'efforce de prouver que ces néoplasmes sont des fibromes, qu'ils se développent aux dépens de

(1) *Étude des fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure*. Thèse de Paris, 1883.

(2) Zur Casuistik der bindegewebigen Neubildungen der Bauchdecken. *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 15, 1884.

(3) Ueber desmoide Geschwulste der Bauchwand und deren. Operation mit Resectio des Peritoneum parietale. *Archive f. Gynécologie*, Bd XXIV, H. 1.

l'appareil syndesmologique, aponévroses et tendons, et de là il en déduit le nom nouveau de *desmoïde* qu'il leur attribue.

Nous ne pouvons citer toute cette étude soigneusement travaillée, et nous appelons immédiatement l'attention sur sa partie la plus intéressante, la description et la défense d'un mode opératoire nouveau, modification de celui de Sklifossovski.

Jusqu'alors on rasait la tumeur de près pour son ablation, et s'il y avait des pertes de substance étendues de la paroi ou du péritoine, elles étaient involontaires. Tels furent les cas de Sklifossovski et Esmarch.

Sänger critique cette opération; le décollement du péritoine sur la tumeur laisse une membrane flottante en mauvais état, percée de trous, difficile à rendre exsangue et étanche. La décortication donne lieu à des hémorrhagies qui tombent dans le péritoine. Donc, mieux vaut *réséquer* ce péritoine. C'est ce qu'il fit.

Nous abrégons sa description :

Il commence comme tout le monde, décolle la peau; puis, *de propos délibéré, il ouvre le péritoine*. Il entre deux doigts dans la cavité, s'assure que la tumeur plonge dans le ventre, tente un petit peu de détacher le péritoine, mais *sans forcer, dit-il*. Alors il se décide à couper la paroi musculaire tout autour de sa tumeur en marchant entre deux séries de ligatures. On conçoit qu'une semblable méthode laisse une perte de substance impossible à rapprocher. Imitant alors Sklifossovski, il se contente de recouvrir les anses intestinales, le foie et l'estomac mis à nu par la peau seulement. Mais il améliore son occlusion en plissant cette membrane plusieurs fois sur elle-même, de façon à former une cicatrice épaisse et résistante. En effet, le résultat ne fut pas mauvais.

Mais sa malade faillit mourir de collapsus et elle eut une hémorrhagie pendant l'opération. Elle conserva naturellement une éventration.

Le grand reproche que nous inspire la lecture de cette observation est que cette perte de substance n'était pas nécessaire. En effet, la tumeur de Sānger pesait 700 grammes.

Quoi qu'il en soit, les expériences qu'il a faites, le succès même de son opération, constituent un ensemble de faits qu'il fallait signaler.

En 1885, la Société de chirurgie est de nouveau saisie de la question de ces tumeurs par une présentation de M. Terrillon.

La question est tout à fait à l'ordre du jour.

En 1886, Nicaise présente (24 février) une nouvelle observation à cette Société.

La même année paraissent (10 mars) la thèse de Damalix; (30 mars) un mémoire de Terrillon; (4 mai) une leçon de Daniel Mollière de Lyon, et enfin (4 novembre) une observation de Brun.

Le jury du concours d'agrégation en chirurgie de la même année 1886 choisit cette question comme sujet de thèse et la place dans l'urne, mais le candidat renonce à accomplir sa tâche.

Damalix (1), interne des hôpitaux, soutint sa thèse sur ce sujet, en 1886. Sa fréquentation des maîtres éminents de la chirurgie désignait son travail à notre attention.

Il se produisait à l'heure où nous-même préparions une

(1) Thèse de Paris. *Étude sur les fibromes de la paroi abdominale antérieure.*

étude de la même question. On comprend avec quel soin nous l'avons lu.

Damalix n'a pas traité son sujet avec toute l'importance qu'il comportait. 29 pages de texte, 49 lignes d'étiologie, une bibliographie très incomplète ne composent pas un ensemble suffisamment sérieux.

Dès les premières lignes, on sent que l'auteur est timide. Il recule devant l'opération, devant la péritonite. Il blâme les opérateurs hardis.

L'auteur s'est inspiré à deux sources : Guerrier et Trélat pour le traitement, Nicaise pour la récidivité de ces tumeurs.

Le court mémoire de Terrillon (1) n'est qu'un sommaire de sa manière de voir sur la classification et le traitement de ces tumeurs. Il divise ces fibromes au point de vue de leur traitement en quatre classes : 1° opérables sans dénudation du péritoine ; — 2° opérables avec dénudation simple ; — 3° opérables avec dénudation et blessure ou résection, mais suture facile du péritoine ; — 4° opérables avec plaie péritonéale si étendue qu'il est impossible de suturer la séreuse.

L'ablation de ces tumeurs doit être faite largement et complètement, dit-il, sans se préoccuper du péritoine, dont on peut empêcher l'inflammation par les précautions antiseptiques. Il pourra être utile de pratiquer le morcellement de la tumeur vers ses parties profondes, car des fragments petits sont plus facilement maniables que la tumeur entière, et on pourra plus facilement les décortiquer en évitant la blessure du péritoine. Enfin il faut savoir que malgré son petit volume le fibrome peut adhérer profondément avec la séreuse.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1886. Traitement des fibromes de la paroi abdominale antérieure.

La leçon de Daniel Mollière (1) a pour but de démontrer en général l'origine aponévrotique et non cellulaire des fibromes, contrairement à l'opinion soutenue par Lagrange, de Bordeaux. La leçon de Mollière est seule utile pour nous ; celle de Lagrange (2) ne présente rien d'intéressant.

Enfin Brun (3) publie un cas de mort et le fait suivre de réflexions qui prouvent qu'il ne connaît la question que d'après les données incertaines de Damalix.

Ainsi finit l'historique des fibromes de la paroi de l'abdomen.

Nous y trouvons beaucoup d'observations, beaucoup de courts mémoires, d'esquisses, de notes, mais pas un travail complet.

C'est cette lacune que nous nous proposons de combler.

(1) *Gazette des hôpitaux*, avril 1886 : Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette.

(2) Des tumeurs qui se développent sur les organes fibreux. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, octobre 1885.

(3) *Annales de gynécologie*, 1886. Fibro-sarcome de la paroi abdominale.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Les fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen sont une affection rare, comme on en jugera par les données que nous avons rassemblées ci-dessous.

Nélaton en 1861, après vingt-six ans d'exercice, avait observé 15 ou 20 de ces tumeurs.

Labbé en vingt ans les a vues 10 fois.

Billroth en vingt-trois ans 16 fois.

Billroth a eu, tant dans sa clinique que dans sa clientèle à Zurich et à Vienne, pendant vingt-trois ans, l'occasion d'observer 31 tumeurs des parois de l'abdomen. Un petit nombre seulement a été publié par lui. Nous devons la connaissance des autres à une lettre de sa main où il les énumère.

De cette énumération nous reproduisons, seulement, ce qu'il a désigné sous le nom de *Fibromes partis des aponevroses* :

Il en a observé 16 cas. Tous les sujets étaient des femmes (entre 21 et 40 ans) qui avaient accouché. Les tumeurs étaient souvent plus grosses que la tête d'un homme.

Dans 10 cas le péritoine se laissa détacher de la face postéro-inférieure de la tumeur. Guérison dans les 10 cas.

Dans 6 cas des lambeaux de péritoine furent réséqués parce qu'ils étaient inséparables de la tumeur.

De ces six opérées, deux moururent. Elles avaient eu de très grandes plaies péritonéales qui ne pouvaient se réunir qu'avec une forte distension de la séreuse.

Au total, sur 16 opérées : 14 guéries, 2 mortes.

Le temps d'observation s'étend de 1860 à 1883. Environ la moitié des cas furent opérés et traités antiseptiquement.

Les deux cas de mort ont été observés à la période préantiseptique.

Est-il possible d'établir l'étiologie de ces tumeurs ?

Les *causes générales* qu'on attribue à tous les néoplasmes doivent d'abord être passées en revue.

L'*hérédité* n'a jamais été observée. On peut dire que ce sont des tumeurs accidentelles.

On ne peut nier qu'il existe une prédisposition individuelle. Nous verrons, plus tard, qu'il est des conditions dans lesquelles elles se rencontrent chez un certain nombre des sujets. Mais les mêmes conditions se sont trouvées, très fréquemment, réunies chez d'autres sujets qui n'ont eu aucun accident.

Le *sexe* est une de ces conditions. Ces néoplasmes s'observent surtout chez les femmes. Sur 100 cas que nous avons pu rassembler, nous ne connaissons que quatre exemples chez les hommes.

Leur apparition coïncide toujours avec une certaine période de la vie. C'est pendant la *période d'activité sexuelle* qu'elles se développent, et cette remarque s'applique particulièrement au sexe féminin.

Mais ce n'est pas seulement en vertu d'un état général qu'elles se montrent, c'est également à la suite de cer-

taines conditions mécaniques précises, comme nous avons l'espoir de le démontrer.

On peut dire que les connaissances d'étiologie et de pathogénie sont dans un rapport étroit avec les idées qu'on s'est faites sur cette lésion. Ainsi tant qu'on a cru au pédicule venant des os, on s'est contenté de signaler, comme une coïncidence, le fait important de la production exclusive de ces tumeurs chez les femmes.

C'est ce que firent Huguier et Bodin.

Un peu plus tard, Nélaton signale la *grossesse* comme un antécédent constant, mais il ne trouve pas là de relation de cause à effet et il se contente d'explications vagues, mettant ce fait sur le compte de la congestion des parties qui environnent le bassin pendant la menstruation et à la suite de la conception.

On méconnaît, alors, complètement, l'importance que peut avoir la grossesse et l'accouchement dans la pathogénie de cette affection. On en a la preuve dans les dénominations qu'on attribue à ces tumeurs : « tumeurs *intrapelviennes*, *extrapelviennes*, tumeurs de la *région iliaque*, de la *crête iliaque*, tumeurs *péripelviennes*.

Plus tard, au lieu de reconnaître à ces néoplasmes un caractère étiologique particulier, on cherche à les faire rentrer dans une classe générale. On fait ressortir qu'ils ne se présentent pas seulement chez les femmes, mais aussi chez les hommes.

C'est ce que firent Salesses, Nicaise et Guerrier; de même Guyon avait réuni ces tumeurs au groupe commun des *fibromes aponévrotiques* du tronc.

Seul Damalix signale, de nouveau, le rapport des accouchements avec les fibromes siégeant, chez les femmes, dans la paroi abdominale antérieure; mais il ne cherche pas à en donner l'explication d'une manière satisfaisante.

Il ne consacre que deux lignes à son explication : il s'exprime, d'une manière très vague, en disant que l'utérus gravide peut causer une certaine irritation dans les parois abdominales.

A l'étranger le rapprochement entre l'accouchement et l'existence de ces tumeurs fut plus vite établi, et l'on chercha davantage à en trouver l'explication. Suadicani expose le fait dans sa thèse, et il pense que la grossesse peut agir sur les muscles et les aponévroses par la distension qu'elle leur impose.

Ebner, le premier, observe que la tumeur qu'il décrit paraît avoir succédé à une rupture musculaire résultant d'un effort violent. Il insiste sur ce fait et en tire cette déduction : qu'il est bien possible que de semblables efforts se soient produits chez d'autres femmes, et aient passé inaperçus.

Herzog reprend cette idée en élargissant sa conception. Il s'appuie sur le fait de Ebner, sur un autre de Paget, sur un troisième qui lui est personnel, sur l'expérience de son maître Volkmann ; il considère comme la cause occasionnelle de ces fibromes les *traumatismes*, et il entend par là les blessures, les inflammations, les contusions, les ruptures spontanées. Nous savons déjà que cette théorie n'a pas été acceptée sans contradiction, mais elle est séduisante, et elle nous paraît d'autant plus digne d'attention que nous avons trouvé d'autres faits qui la confirment.

Ces tumeurs, succédant à un *traumatisme*, auraient pour origine le travail inflammatoire qui répare les muscles ou les aponévroses endommagés. Il pourrait se présenter une période intermédiaire : le sang extravasé par suite de la rupture formerait d'abord un hématome. Cet hématome

se résorberait et se transformerait en une cicatrice, laquelle cicatrice à son tour prendrait une marche compliquée, deviendrait exubérante et enfin passerait sur place à l'état de tumeur.

Une comparaison frappante de cette évolution de tissu cicatriciel peut être faite avec les cals exubérants des fractures.

Les chéloïdes sont d'autres exemples de la même évolution.

L'accouchement doit, à notre avis, être considéré comme produisant une série d'efforts violents qui peuvent amener une rupture musculaire. De semblables faits ont été relatés, et c'est là une cause de traumatisme qui peut expliquer la fréquence des tumeurs chez la femme, si l'on veut bien accepter l'opinion de Herzog.

Nous avons trouvé 8 cas dans lesquels il est évident que les fibromes ont succédé soit à un traumatisme par violence extérieure, soit à une rupture résultant d'un effort violent en dehors de la grossesse, soit enfin à l'accouchement. Mais dans ce dernier cas la femme n'a pas perçu le moment précis de la déchirure. On a constaté, seulement, l'apparition d'une petite nodosité douloureuse dans la paroi, immédiatement après l'accouchement, et une seule fois le médecin accoucheur a désigné, dès son apparition, la tuméfaction sous le nom de rupture. Chose curieuse, on n'a observé que quatre fois les fibromes de la paroi abdominale chez des hommes et deux fois l'origine traumatique en est certaine.

Que se passe-t-il dans ce cas ?

Nous allons essayer de le décrire d'après des documents que nous avons trouvés dans la littérature.

Voici d'abord l'opinion de Virchow.

Virchow avait déjà observé 4 ou 5 cas de ruptures du muscle droit de l'abdomen.

Contrairement à Langenbeck qui croyait qu'elles succédaient seulement à des chutes ou des coups, il savait que la toux, des contractions violentes, pouvaient amener de semblables ruptures au-dessous de l'ombilic.

Dans un cas où des ruptures étendues des muscles droits de l'abdomen étaient survenues des deux côtés, il trouva que l'une avait laissé à la suite un kyste apoplectiforme, et l'autre une cicatrice très pigmentée et très riche en tissu conjonctif.

A cela nous ajouterons une observation de Terrier démontrant la formation d'hématocèle intramusculaire à la suite d'un coup sur l'abdomen (1).

« J'ai vu, dit-il, dans le service de Chassaignac, un sergent de ville qui présentait, dans la paroi abdominale, une tumeur douloureuse du volume d'une grosse noix; cet homme avait passé l'âge moyen de la vie. On crut à une tumeur de mauvaise nature; on en fit l'extirpation, et ce fut avec étonnement que l'on trouva une tumeur de nature fibrineuse. Or, un an auparavant, le malade disait avoir reçu, dans la région où s'était développée cette tumeur, un coup porté avec l'extrémité d'un mètre rigide en bois.

« Il s'était fait un épanchement sanguin à la suite de cette contusion, et la partie liquide s'étant seule résorbée, il s'était formé une tumeur solide dite « tumeur fibrineuse ».

Les tumeurs solides qui résultent d'épanchements sanguins ne sont pas rares, comme Besaucèle, élève de Trélat, l'a montré, en 1874, pour le tissu cellulaire sous-cutané. Mais il faut bien savoir que l'hématome peut durer très longtemps et qu'il ne se transforme pas toujours en

(1) Article CONTUSION, *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, 1885, page 123.

fibrome. Un exemple nous en est fourni par Brüntzel.

Une femme de quarante ans, raconte-t-il, portait, depuis plusieurs années, dans un de ses muscles droits de l'abdomen, une tumeur de la grosseur du poing; on aurait pu la prendre pour un fibrome à cause de sa dureté si l'on n'avait trouvé une fluctuation très évidente en un point. Il fit le diagnostic hœmatome et l'opération lui donna raison. Cette femme avait vu son hœmatome se développer, sans traumatisme ni rupture musculaire, pendant une récolte de pommes de terre. Depuis lors, sa tumeur ne s'était pas modifiée, malgré les rudes travaux des champs, et l'hœmatome était resté hœmatome.

On ne connaît que les premières périodes de l'évolution de l'affection résultant de ces traumatismes. Pour expliquer comment les tumeurs se développent sur ces cicatrices, il est nécessaire de faire intervenir la prédisposition individuelle, car il est bien certain que toutes les ruptures musculaires et tous les hœmatomes n'ont point donné naissance à des fibromes, c'est ce que Sängér a reproché à Herzog, comme nous l'avons vu dans notre article historique.

L'explication de l'*action de la grossesse* sur ces tumeurs a été donnée de plusieurs manières. Il est certain que la grossesse amène une distension des parois. Cette distension peut être portée au point de produire des éraillures aponévrotiques, et nous trouvons, dans Sängér, un fait de ce genre tout à fait démonstratif. Il a observé une femme, pendant trois grossesses qui se succédèrent à peu d'intervalle. A la première, il vit paraître, au sixième mois, une tumeur en dehors de la ligne blanche, au niveau du muscle droit. Celle-ci était molle et peu douloureuse; elle s'accrut, un

peu, vers la fin de la grossesse et disparut après l'accouchement. A la deuxième grossesse, la même tumeur se reproduisit, vers la même époque, pour disparaître, encore, après la délivrance. A la troisième grossesse, nouvelle apparition et nouvelle disparition. On était en présence d'une hernie musculaire provoquée par la distension des parois abdominales.

On a dit encore que la grossesse déterminait une irritation des parois abdominales. Le mot est bien vague pour désigner l'ensemble des phénomènes qui se passent à ce moment. Néanmoins, il est certain que des modifications très importantes ont lieu dans la nutrition et dans les rapports des éléments qui composent la paroi, puisque celle-ci ne revient pas toujours à son état normal et conserve une flaccidité remarquable, la plupart du temps.

A notre avis, les états du ventre qui viennent d'être décrits ne sont que des causes accessoires. Le véritable agent, c'est *l'effort de l'accouchement*. Voilà pourquoi ces tumeurs surviennent le plus fréquemment chez les femmes ; car, dans aucune espèce d'effort étudié en physiologie, les muscles de l'abdomen de l'homme ne sont soumis à des contractions aussi intenses, aussi prolongées et aussi fréquemment renouvelées que celles dont nous venons de parler.

Les arguments opposés à cette théorie sont divers. Nous pouvons dire, tout de suite, qu'ils n'ont pas l'importance des preuves fournies à l'appui de la théorie, et surtout de la coïncidence des accouchements avec le développement des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen.

L'un d'eux, qui serait le plus important si nous ne pouvions le réfuter, est tiré de l'absence d'accouchements dans quatre observations. Mais nous n'acceptons pas tous ces faits pour des raisons très valables. Le premier cas a été publié par Panas.

OBSERVATION XVI (de PANAS). — *Fibro-myôme des parois abdominales.*
Opération. Guérison recueillie. Par BRIÈRE, interne provisoire (1).

Marie P..., âgée de 21 ans, polisseuse sur métaux, entre dans le service de M. le D^r Panas le 4 avril 1873.

La santé de cette jeune fille a été excellente jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. On ne trouve ni chez elle-même, ni chez ses ascendants trace de l'existence d'une diathèse. En 1871 elle fut atteinte d'une variole assez confluente qui lui laissa de nombreuses cicatrices sur la figure, sans altérer autrement sa santé. Il y a cinq mois, elle remarqua dans l'aîne droite la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dont elle ne s'inquiéta pas, tout d'abord, mais qui grossit peu à peu jusqu'à atteindre le volume du poing. Justement inquiétée par les dimensions que prenait une tumeur si malencontreusement située, Marie P... se décida à demander l'avis d'un chirurgien.

Le 5 avril on constate, dans la partie latérale et inférieure de l'abdomen du côté droit, l'existence d'une tumeur qui soulève la peau en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, présentant une forme ovoïde à grosse extrémité externe et supérieure. Elle n'offre point de bosselures apparentes ; les téguments sont mobiles, absolument sains à son niveau. Si l'on palpe la tumeur, on est frappé de suite de sa consistance, de sa dureté qui est à peu près celle d'un enchondrome, sans présenter la résistance des tumeurs osseuses. La matité est absolue à son niveau. On peut aisément circonscrire la masse en haut, en dedans et en bas avec les doigts recourbés en crochet, et dans ces points elle ne paraît pas adhérer aux organes profonds. Si l'on invite la malade à changer de position et à se mettre sur son séant, puis à se coucher de nouveau, on remarque que cette tumeur suit les mouvements du bassin et ne se comporte pas comme une tumeur viscérale dont la position pourrait varier, ou le volume se modifier suivant les attitudes, suivant la position du sujet. Au contraire, elle reste toujours fixée au bassin, dans la portion la plus extérieure de la crête iliaque et il est impossible de la détacher, soit en haut soit en bas, en la repoussant avec les doigts.

Néanmoins, on peut imprimer, à la partie la plus interne, de légères oscillations d'avant en arrière, ayant le pédicule comme centre de mouvement. Vers la partie inférieure et interne de cette tumeur on sent sous les doigts un léger sillon, oblique en haut et en dedans, qui indique un lobe secondaire surajouté à la masse principale et dirigé en bas et en dedans. Il est important de dire que cette dernière portion, pas plus que le reste de la grosseur, ne présente d'adhérence

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1878.

avec l'utérus, dont la situation est normale et la mobilité facile à constater. La menstruation a toujours été régulière, *il n'y a eu ni grossesse ni fausse-couche*; les organes intestinaux et rénaux ne peuvent être en cause.

Le diagnostic porté fut : tumeur siégeant dans l'épaisseur des parois abdominales, de nature probablement fibreuse, analogue aux tumeurs décrites par Nélaton sous le nom de tumeurs fibreuses du bassin. L'ablation fut proposée à la malade qui l'accepta de suite. Elle eut lieu le 12 avril.

Une incision de 10 centimètres et demi, commençant à un travers de doigt en dedans de l'épine et un peu au-dessus et suivant la direction du pli de l'aîne, mit de suite la tumeur à découvert. Celle-ci était située dans l'épaisseur même des fibres musculaires de la paroi abdominale, en avant du transverse, entre les faisceaux du grand oblique, qu'elle s'est accolés en avant et en arrière. L'énucléation se fait assez facilement en haut, en bas et en dedans, soit avec les doigts, soit avec l'aide des ciseaux. La tumeur peut, ensuite, être saisie par toute la moitié interne, et disséquée à la face profonde, laquelle repose sur les fibres du transverse, puis elle est renversée en dehors et séparée de son point d'attache. Ce pédicule est représenté par une adhérence très intime de la tumeur avec l'extrémité externe du ligament de Fallope. Cette adhérence se prolonge sur une étendue de 5 centimètres et est formée par un tissu fibreux très dense qui est sectionné avec des ciseaux. La perte de sang est insignifiante. Bien que l'attache principale de cette tumeur se trouve en dehors du canal inguinal, on a vu qu'elle était très étendue, et il est probable que le point de départ a été *le ligament rond*. Quatre points de suture avec les fils d'argent réunissent la plaie. Pansement à plat avec des lamelles d'amadou et spica.

La tumeur, examinée à l'œil nu, offre les caractères suivants. Les dimensions sont en longueur 9 centimètres, en largeur 6 centimètres, en épaisseur 5 centimètres; sa grande circonférence mesure 21 centimètres et sa petite 15 centimètres. Elle est constituée par deux lobes inégaux séparés par un sillon peu profond, le lobe externe et supérieur formant les $\frac{4}{5}$ de la tumeur. A sa surface existent de nombreuses fibres du grand oblique très intimement unies, principalement en avant. L'aspect de la coupe rappelle celui des corps fibreux utérins, tumeurs désignées sous le nom de *fibro-myômes*. L'examen histologique dû à l'obligeance de M. Malassez a confirmé ce diagnostic. La tumeur était composée de trabécules du tissu conjonctif dans lequel cheminaient des vaisseaux en assez grand nombre. Ces faisceaux de tissu conjonctif étaient séparés par de nombreuses fibres musculaires lisses groupées en îlots de différentes épaisseurs. On trouvait tantôt

prédominance de tissu fibreux, tantôt excès de fibres musculaires lisses; dans certains points la tumeur était énormément vasculaire et marquait une tendance à la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les suites de l'opération furent simples pendant les deux premiers jours, à l'exception d'une température qui s'élevait à 38° 4, avec 108 pulsations.

Le deuxième jour, au soir, la plaie est réunie très exactement sur toute sa longueur par première intention. On aurait pu être tenté de se réjouir d'un si prompt résultat et laisser la plaie se cicatriser ainsi, mais si on examine avec soin la région, on constate un empâtement profond et, en pressant au niveau de la plaie, on fait sourdre de ses deux extrémités une sérosité sanguinolente, liquide septique bien suffisant pour expliquer le malaise, l'élévation du pouls et la température.

Les deux points de suture des extrémités sont enlevés immédiatement, et dans la plaie ouverte avec la sonde cannelée on place deux gros tubes en caoutchouc. Pansement : eau alcoolisée.

Le quatrième jour après l'opération, rougeur érysipélato-phlegmo-neuse du côté externe de la plaie. Empâtement notable vers les parties déclives à droite; décollement de 5 à 6 centimètres de ce côté, auquel on remédie par une petite incision à 6 centimètres de l'extrémité externe de la plaie et par le passage d'un drain réunissant la plaie à cette dernière ouverture. Pansement, cataplasmes et lavages.

Un mois après l'opération, le 12 mai, la guérison est complète et la malade est dirigée sur le Vésinet.

Cette jeune fille aurait présenté dans la région inguinale une tumeur fibreuse de la paroi abdominale sans avoir eu de grossesse. En effet, la grossesse manque bien, mais il ne s'agit pas d'un *fibrome*, c'est un *fibro-myôme* avec des *faisceaux très nets de fibres lisses*. Ensuite, cette tumeur adhérait au ligament rond. Sa composition microscopique est tout à fait d'accord avec son point d'origine. Elle aurait été tout à fait exceptionnelle pour une tumeur de la paroi abdominale antérieure. On doit la ranger parmi les tumeurs du ligament rond. Elle a été désignée par erreur sous un autre nom.

Le deuxième cas appartient à Trélat, mais il n'est pas acceptable non plus. Le mot de grossesse et d'accouche-

ment n'est pas prononcé. Il est possible que ce renseignement n'ait pas été demandé. C'est une observation incomplète.

Le troisième cas, qui appartient à Terrillon, est précis sur ce point. Il s'agit d'une femme « n'ayant pas eu d'enfant » et ayant un vrai fibrome.

Le quatrième cas nous a été montré par Tillaux dans ses salles de l'Hôtel-Dieu. Une jeune fille de 20 ans, *vierge*, portait un fibrome de la grosseur d'un œuf, près de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Elle avait été opérée d'un kyste de l'ovaire il y a quelques mois et le fibrome existait déjà au moment de l'opération. Il est probable qu'il a pour cause la distension violente des parois abdominales produite par le kyste. Cette observation est en réalité favorable à notre théorie, car s'il n'y a pas eu d'accouchement, il existe une autre cause qui agit dans le même sens.

En résumé des quatre faits qui pouvaient nous être opposés, il ne reste que celui de Terrillon (voy. obs. XXI). Il constitue *une* exception sur 100 observations.

Un nouvel argument contre la théorie de Herzog a été tiré du siège anatomique de ces tumeurs. Sânger fait le raisonnement suivant : si la tumeur se développait dans le muscle, on devrait toujours la trouver enveloppée des deux aponévroses qui forment la gaine musculaire. Or, il cherche à établir que ces tumeurs adhèrent toujours à l'aponévrose. Il montre en effet, par le tableau résumé d'un très grand nombre de cas, que le feuillet postérieur de la gaine du muscle droit est le plus fréquemment le point de départ de ces néoplasmes, et il en conclut qu'on doit écarter l'origine musculaire.

Nous n'acceptons pas cette explication, car elle donne lieu à des critiques. En effet, il existe des descriptions très

précises d'opérations dans lesquelles on a trouvé la tumeur libre entre deux aponévroses.

Le siège apparent de ces tumeurs donne encore naissance à une autre interprétation sur leur étiologie. La plupart des observateurs ont en effet constaté que ces fibromes étaient notablement soudés avec le péritoine. Aussi leur a-t-on donné quelquefois le nom de tumeurs *prépéritonéales*, comme si leur origine avait été le tissu conjonctif interposé aux aponévroses et à la séreuse. Nous croyons qu'il s'agit encore dans ce cas d'une erreur d'interprétation, et nous nous sommes, dans ce but, livré à des recherches sur les rapports normaux du péritoine et des aponévroses.

Voici ce que l'on constate.

L'adhérence de la séreuse varie beaucoup suivant les points que l'on considère. Sur la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic, dans la partie où elle est large, il existe une grande abondance de tissu conjonctif chargé de graisse qui sépare les deux membranes et les rend indépendantes. Audessous de l'ombilic, la ligne blanche se rétrécit progressivement, le tissu conjonctif sous-séreux diminue aussi beaucoup. Dans le milieu de l'intervalle qui sépare le pubis de l'ombilic, il a presque disparu, mais il augmente très rapidement à partir de ce point jusque dans l'espace prévésical.

Sur la gaine du muscle droit, immédiatement en dehors de la ligne blanche, le péritoine contracte des adhérences avec les aponévroses. Il leur est intimement uni à la partie supérieure, à ce point qu'il est difficile de le détacher avec le scalpel sans le déchirer, et qu'un instrument mousse ou l'ongle du doigt parvient à peine à le décoller. Le tissu conjonctif qui sépare les deux parties est impossible à voir à l'œil nu. Cette soudure intime persiste jusqu'à quelques travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A partir de ce

point jusqu'au niveau du bassin, les pelotons adipeux reparaissent et vont en augmentant jusqu'à la ceinture pelvienne. Le péritoine devient facile à décoller.

Dans l'espèce de rigole qui correspond au bord externe de la gaine du muscle droit, on trouve une trainée de graisse très étroite par le haut et qui s'élargit à l'endroit que nous avons déjà signalé, en allant vers le bassin.

Quant aux aponévroses des muscles transverses, elles contractent aussi une union très étroite avec la séreuse dans les deux tiers supérieurs de leur étendue, et dans le reste elles en sont séparées par une couche cellulo-adipeuse qui s'épaissit rapidement et se continue avec celle de la fosse iliaque.

Il résulte de cette description que toute tumeur qui aura contracté des adhérences avec le feuillet postérieur des aponévroses des muscles droits ou des muscles larges, dans leurs deux tiers supérieurs, aura du même coup une adhérence avec la séreuse.

Ce rapport anatomique nous explique pourquoi la séreuse a toujours été trouvée saine, mince comme une feuille de papier, *transparente*, de couleur gris-perle dans toutes les opérations où les opérateurs et les chirurgiens ont pris la peine de la détacher. Jamais elle n'avait de ces altérations de texture sur sa face profonde ou sur sa face externe, telles que perte de transparence, épaissement, vascularisation, qui auraient dû se montrer si le néoplasme avait eu pour point de départ le tissu conjonctif prépéritonéal. On n'y a jamais vu de lésions comparables à celles que produisent les kystes de l'ovaire. Tout au plus a-t-on noté l'amincissement qui augmente les difficultés de l'extirpation. Ajoutons à cela que la lecture des observations et notre expérience personnelle nous ont appris que le décollement du péritoine dans l'extirpation des tumeurs était plus facile

quand elles siègent dans les parties avoisinant le bassin.

Nous savons de plus par l'histoire générale des tumeurs, par la description qu'a faite Guyon des fibromes du tronc, que les adhérences secondaires sont très fréquentes. Celles qui se font avec les os sont de ce genre et elles ont donc lieu à une erreur d'interprétation.

L'importance d'une description minutieuse du degré d'adhérence du péritoine avec les parois antérieures de l'abdomen a, en partie, échappé aux divers auteurs d'anatomie topographique. Cependant, déjà Richet signale la différence du tissu cellulaire prépéritonéal au niveau des parties supérieure, moyenne et inférieure de cette région, et il termine sa très courte exposition des faits en disant que, « en certains points même, sous les muscles droits, il serait tout à fait impossible d'isoler le feuillet séreux, tant l'adhérence est intime. »

Tillaux a été moins exact. Il croit le décollement toujours possible et se base sur les opérations d'ovariotomie où des décollements étendus ont pu se produire. Il faut lui reprocher de conclure de l'état pathologique à l'état normal. Il est probable que les séreuses ainsi détachées étaient malades, épaissies par des dépôts intérieurs et des adhérences.

Dans un autre ordre d'idées, Grätzer voulant démontrer que les accouchements ne sont pour rien dans la production de ces tumeurs a fait observer que les accouchements sont beaucoup plus fréquents que celles-ci. C'est un argument qui n'a guère de valeur et on est obligé de convenir que l'apparition de ces tumeurs a été observée presque constamment à une période rapprochée de la grossesse ou de l'accouchement.

En terminant, nous rappellerons la théorie des dépôts

embryonnaires qui a été appliquée à ces néoplasies par Grätzer, mais qui n'a qu'une valeur historique.

Nous citons maintenant, comme preuve à l'appui de la théorie de Herzog, que nous avons défendue, d'abord, quelques cas de déchirure musculaire survenus pendant les efforts ; ensuite, les cas de fibromes dans les antécédents desquels les efforts, ou le traumatisme, sont nettement démontrés.

EXTRAIT D'UN TABLEAU DES CAS DE RUPTURES MUSCULAIRES ET
TENDINEUSES (1) PAR MAYDL.

Muscles droits de l'abdomen.

AUTEURS.	SEXE.	CAUSE DE LA RUPTURE.
Chaussier.....	Femme...	Accouchement.
Larrey.....	Homme...	Boulet de canon.
Larrey.....	Homme...	Contraction musculaire. Tétanos.
Richerand.....	Homme...	Contraction musculaire pour se retourner.
Lachapelle.....	Femme...	Accouchement.
Boyer.....	Homme...	Vomissement.
Vidal de Cassis ..	Homme...	Contraction musculaire. Coût.
Vidal de Cassis...	Homme...	Violence directe. Chute à plat sur l'eau.
Bonnet.....	Homme...	Contraction musculaire pour ne pas tomber en arrière.
Richardson.....	Homme...	Contraction musculaire dans le saut.
Legouest.....	Homme...	Contraction musculaire pour se relever après un saut.
Després.....	Homme...	Contraction musculaire pour lever une corbeille.
Maffre.....	Homme...	Contraction musculaire pour se lever du décubitus dorsal.
Maffre.....	Homme...	Violence directe. Coup de poing.
Regeard.....	Homme...	Contraction musculaire pour lever un corps pesant.
Sédillot.....	Homme...	Contraction musculaire pour retenir un corps pesant.

Muscles obliques de l'abdomen et transverses.

Dupuch-Lapointe..	Homme...	Violence directe. Chute sur un corps dur.
Larrey.....	Homme...	Violence directe. Coup de pied de cheval.
Plaignoud.....	Homme...	Violence directe. Chute de quatre étages.

On trouvera encore sur le sujet des ruptures de l'abdo-

(1) *Ueber subcutane Muskel und Sehnen Zerreißungen. Deutsche Zeitschrift f. chirurgie*, vol. 17, p. 318, 1882.

men des renseignements intéressants dans un travail de Charvot et de Couillaud (1).

OBSERVATIONS OU EXTRAITS D'OBSERVATIONS DE FIBROMES DANS LESQUELLES L'INFLUENCE DE L'EFFORT OU DU TRAUMATISME EST NETTEMENT DÉMONTRÉE.

Extrait de l'observation VII. PAGET, 1855.

La tumeur a pour origine un traumatisme sur le devant de l'abdomen, par une roue de chariot. Le malade l'attribue à un pincement de la peau.

Extrait de l'observation XI. BODIN.

Il y a dix-neuf mois à peu près, la femme a reçu au niveau du creux épigastrique un *coup assez violent*; néanmoins il n'y eut pas d'ecchymose dans cet endroit. Trois semaines après survint, en ce point, une petite tumeur de la grosseur d'une noix, et pendant les trois mois qui suivirent elle se développa lentement.

Extrait de l'observation XII. BODIN.

Il y a quatorze ans que la tumeur a débuté, à la suite d'un *violent effort* suivi d'une espèce de craquement dans le point où elle s'est développée.

Extrait de l'observation XIII. BODIN.

Cette femme avait souffert de *vomissements incessants* pendant sa grossesse.

OBSERVATION XVII.—*Fibrome de la paroi abdominale*, par H. HERZFELDER (2).

Une femme de trente-six ans, pendant sa jeunesse, avait eu le typhus et plusieurs attaques de fièvre intermittente. Il y a trois ans et demi, c'était *quatorze jours après l'accouchement* de son premier enfant, elle remarqua dans la région inguinale droite une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui lui était survenue sans cause connue. Elle était dure, indolore et mobile. Elle demeura plus de deux ans dans le même état et s'accrut surtout dans sa dernière grossesse, c'est-à-dire depuis huit mois, avec une grande rapidité et atteignit le

(1) *Ruptures musculaires chez les cavaliers. Revue chirurgic.*, 1887.

(2) *Pathologische Beobachtungen and therapeutische Erfahrungen. Zeitschrift der Gesellschaft der Ärzte, zu Wien*, 1856.

volume actuel. Elle se développa sous les téguments, entre les muscles abdominaux, en gagnant de bas en haut. Elle s'élevait, sur le côté droit, jusqu'à une ligne fictive tirée horizontalement par l'ombilic. En outre, elle s'étendait vers le bas, dans le petit bassin. Elle avait la grosseur d'une tête d'enfant, était bosselée et dure comme la pierre, mobile et indolore. La peau tendue au-dessus de la tumeur montrait, aux deux extrémités, comme des vaisseaux artériels très dilatés, du reste elle avait une couleur et une apparence très bonnes. Après incision, le conseiller aulique baron de Wattman détacha tout le fibrome, avec le manche d'un scalpel, des aponévroses et des muscles de la paroi abdominale, au milieu desquelles était son siège, et enfin du péritoine.

Ce dernier ne fut pas blessé, on le voyait tendu au-dessus des intestins sur une grande surface. Après que les sutures eurent été posées, à la suite du chloroforme, dans l'après-midi, il survint de l'accélération du pouls, des frissons, des nausées; la nuit, il y eut de l'insomnie et une très grande accumulation de sang dans la cavité de la plaie.

Ce dernier fut exprimé et les autres symptômes cédèrent bientôt à l'emploi de refroidissants locaux, de boissons rafraîchissantes. Le onzième jour toutes les sutures purent être enlevées. Au bout de six semaines la guérison complète était atteinte.

Ce fibrome, du poids de 2 livres, fut examiné par Rokitansky et par le professeur Heschl (l'auteur cite les paroles de ce dernier pour sa description).

Le fibrome est une masse grosse comme une tête d'enfant, blanchâtre, très lobulée, très dure, dont la coupe a quelque ressemblance avec des fibromes utérins. On y voit particulièrement cette lobulation manifeste se continuer du dehors à l'intérieur, et la tumeur se compose ainsi de grandes ou de petites pelotes arrondies. Les limites sont formées des feuillets et des cordons blancs d'aspect tendineux, épais, brillants. Entre les mailles est une masse plus molle, transparente, qui leur adhère solidement et se continue insensiblement avec eux. On peut faire sortir, par pression, un peu de sérosité visqueuse qui se coagule par l'acide nitrique.

Au microscope, les points brillant d'un éclat tendineux sont constitués par du tissu conjonctif épais, formé de très fins filaments. Les parties plus molles sont d'autant plus visibles qu'elles sont plus molles, elles consistent en une simple accumulation de cellules fusiformes, sans aucune substance intermédiaire visible. Les vaisseaux sont rares.

Pour en finir, je dois encore faire remarquer que cette femme, d'après une communication de ses parents, revint dans son pays complètement guérie, mais qu'une nouvelle tumeur se reproduisit au même point de la paroi abdominale.

OBSERVATION XVIII. — *Fibrome de la paroi abdominale antérieure. Petite ouverture du péritoine. Guérison, opération par ESMARCH (1).*

Margaretha Broer, de Wasboe, âgée de trente-quatre ans, d'une santé parfaite, d'une solide apparence, dit avoir observé pour la première fois, le 20 juillet 1859, une tumeur du volume d'une noix dans la paroi du ventre, à droite de l'ombilic, environ 1 centimètre en dehors du muscle droit de l'abdomen. Comme elle *avait accouché le même jour*, elle en conclut que c'était la cause de sa tumeur. Celle-ci devint bientôt plus grosse par un autre accouchement. Excepté quelques sensations de traction, elle ne perçut pas de douleur.

La malade fut reçue le 2 août 1860 à l'hôpital de Kiel. Sous la peau très flaccide de l'abdomen se voyait une tumeur sans adhérence sous-cutanée, de la grandeur d'un œuf de poule qui, à sa base, adhérait par une partie atténuée. Elle pouvait être facilement circonscrite par la main et on la sentait dure et tubéreuse au toucher. En attirant la tumeur, on sentait sous les doigts les fibres du muscle oblique externe qui s'y rendait. Quand la malade toussait, la tumeur semblait être rétractée en dedans des muscles. On ne pouvait explorer les fibres du muscle oblique interne qui s'y rendait. Si la main essayait de pénétrer vers la profondeur entre les muscles, les parties profondes paraissaient tendues, si la tumeur était tirée avec force, et elles semblaient lâches, après l'abandon de la tumeur. De ce fait il était permis de conjecturer que la tumeur était adhérente avec les couches profondes des parois abdominales, avec le fascia transversalis et même avec le péritoine. Mais on avait à dire contre cette conjecture que, malgré les tractions fortes sur la tumeur, le ligament de Poupert ne se tendait pas.

On posa le diagnostic fibrome. Quel en était le lieu d'origine, le fascia transversalis ou le tissu conjonctif intermusculaire ? il y avait doute. L'extirpation de la tumeur, qui semblait le seul remède, fut différée jusqu'au 8 août, à cause d'un catarrhe bronchique. On ne donna pas de chloroforme à la malade afin qu'elle pût retenir la toux, si elle en sentait quelque envie. La tumeur, découverte par une incision linéaire, fut disséquée avec beaucoup de soin ; le professeur Esmarch laissa une très petite quantité de tumeur, afin de ne pas approcher trop près du péritoine au fond de la plaie. Une ouverture longue de 1 centimètre dans le fond de la plaie, ouvrant une cavité qui était peut-être celle du péritoine, fut soigneusement suturée avec un crin de cheval. De même les lèvres de la plaie furent réunies ; la malade fut placée sur un lit avec une vessie de glace posée sur la plaie.

(1) Thèse de Cornils. Kiel, 1865.

Un examen plus approfondi fit voir qu'il s'agissait d'un fibrome commun, dur. Des parties de membranes fibreuses adhérentes à la tumeur montrèrent qu'elle avait pris son origine dans le fascia transverse.

Le surlendemain, l'abdomen un peu gonflé supportait mal la pression. Le pouls battait 108. Vingt sangsues furent mises sur le ventre et, trois fois par jour, on donna à la malade quatre grains d'opium.

Le 10 août. — Le tympanisme était encore plus fort. Les douleurs provoquées à la pression étaient encore plus péniblement supportées.

Le 11 août. — Ces symptômes diminuent. Pouls 86.

Les jours suivants, la malade se sentit encore mieux. Près de la blessure se voyait un exsudat circonscrit dont l'origine, soit dans la cavité péritonéale, soit entre les muscles, était incertain, car à cause de l'état aigu de la malade on ne pouvait presser le ventre avec les doigts.

La malade sortit au bout de quelques semaines, guérie.

Extrait du travail de BOYE (1).

Anne-Marie J..., servante, âgée de vingt-trois ans, entre pour la deuxième fois à l'hôpital le 1^{er} février 1865.

Il y a trois ans la malade, en voulant lever un cuvier, tomba et vint heurter la *partie inférieure de l'abdomen* contre l'anse de ce cuvier. Il se forma une tumeur de la grosseur d'une noix, tout près de la branche horizontale du pubis.

OBSERVATION XIX. — *Fibrome de la paroi abdominale*, par VOLKMANN (2).

Mænnnike August, gardien de machine de Fessnitz, âgé de quarante-trois ans. Le malade, qui prétend avoir été toujours essentiellement bien portant auparavant, fut atteint, il y a trois ans, d'une *péritonite vraisemblablement peu grave* dont il dut se soigner pendant cinq semaines.

Les douleurs se montrèrent, alors, principalement dans la fosse ilio-cæcale, où il resta, après disparition de l'inflammation, une petite place dure qui ne faisait aucun mal. Depuis un an, le noyau s'est accru et le malade prétend, depuis lors, avoir de plus en plus décliné. A son entrée, on sent dans la région de la fosse ilio-cæcale, sous la peau normale et

(1) *Hospitals Tidende*. 16^e année, n^o 45, première observation du mémoire.

(2) In Herzog, *Ueber Fibrome der Bauckdecken*. Munich, 1883. Herzog a considéré le noyau cicatriciel qui était resté, à la suite de la péritonite, comme l'origine de la tumeur.

non adhérente, une tumeur mobile, dure et à peu près grosse comme un œuf de poule, qui est placée dans la paroi abdominale. Quoique la tumeur soit mobile dans toutes les autres directions, elle ne se laisse pas détacher du ligament de Poupart. Là elle est aussi plus rapprochée de la peau. Quelques ganglions inguinaux, modérément gonflés.

Opération le 8 février 1879; incision cutanée de 5 centimètres de long. Les différentes couches des muscles abdominaux sont solidement réunies entre elles, elles ne se laissent pas séparer. On découvre une tumeur solide, couleur de muscle pâle, encapsulée. Des muscles qui sont soudés intimement avec elle, plusieurs parties importantes doivent être enlevées; pendant l'énucléation complète de la tumeur, un morceau de 10 centimètres carrés de péritoine adhérent est enlevé. A cause de violents efforts de vomissements que fait le malade, on a peine à réduire les intestins. La plaie péritonéale est fermée par 6 sutures au catgut, et par-dessus la plaie est suturée. Dans un effort violent de vomissement 5 sutures éclatent. Compression. 2 drains. Bandage antiseptique. Le malade vomit abondamment pendant deux jours. Fièvre seulement le jour qui suivit l'opération; du reste toujours température normale. La plaie guérit sans réaction dans toute son étendue par première intention, avec 6 pansements. Le treizième jour les drains furent enlevés; le seizième le malade se lève; le vingtième, qui est le 28 février, il sort guéri. A l'examen microscopique la tumeur fut reconnue être un pur fibrome.

OBSERVATION XX.—*Tumeur fibreuse de la ligne blanche; opération, guérison,* par M. LETAILLER, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Alençon (1).

Dans les premiers jours de novembre 1875, je fus consulté par une jeune femme de vingt et quelques années, mère d'une fille de 4 ans, pour une énorme tumeur située à la partie médiane et moyenne de la paroi abdominale, immédiatement au-dessous de l'ombilic.

Cette tumeur, très volumineuse, arrondie, bosselée, offrant une certaine mobilité, présentait deux larges ulcérations arrondies, de 10 à 12 centimètres de diamètre chacune, résultant, selon toute apparence, de la destruction de la peau par la pression excentrique de la tumeur, car il n'y avait eu, paraît-il, aucune application de caustiques. La peau était en partie adhérente.

Peu après ses couches, cette femme avait vu se développer une petite tumeur indolente, longtemps stationnaire, puis évoluant lentement, malgré l'emploi de toutes les pommades fondantes. Depuis quelques mois seulement, cette tumeur avait rapidement augmenté de volume,

(1) Société de chirurgie, 25 septembre 1878.

était devenue très douloureuse, empêchait tout travail, et s'accompagnait d'amaigrissement notable.

Une consultation eut lieu, et l'intervention fut décidée.

Je l'opérai le 22 novembre au matin, en présence de mes bienveillants confrères, MM. les docteurs Prévost, médecin de l'Hôtel-Dieu, Belloc, ancien médecin de l'Asile des aliénés, et Libert.

La tumeur était implantée sur les plans fibreux de la ligne blanche, par une base assez large. La dissection en fut un peu longue et délicate. Je fus obligé de mettre à nu, dans l'étendue de quelques centimètres, le feuillet externe du péritoine, dont la cavité ne fut pas ouverte.

Pendant l'opération, la malade perdit peu de sang, mais fut prise de vomissements. Froide, sans pouls radial, avec une respiration excessivement faible et rare, la malheureuse resta toute la journée dans un état de prostration extrêmement voisin de la mort, qui nous inspira les plus vives inquiétudes.

Une réaction franche se déclara dans la seconde moitié de la nuit, sous l'influence de potions fortement alcoolisées, et rien ne vint entraver la cicatrisation.

Aujourd'hui, la santé est excellente, le travail facile, l'embonpoint revenu.

La tumeur, dont le poids atteignait environ 6 livres, fut examinée au microscope par M. le Dr Schnidler, médecin-major au 17^e bataillon de chasseurs, qui la considéra comme étant de nature exclusivement fibreuse.

OBSERVATION XXI. — *Cas de tumeur fibreuse de la paroi abdominale*, par CORNÉLIUS WILLIAMS (1).

Il y a quelques mois, madame R. vint à moi, à l'hôpital du Mont-Sinaï, pour une tumeur de la région inguinale droite qui était à peu près de la grosseur d'une grosse orange, de forme ovoïde, mobile, tout en ayant une attache fibreuse par son bord supérieur à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle semblait située immédiatement sous la peau qui se déplaçait facilement au-dessus d'elle.

Cette dame racontait que la tumeur était *apparue pendant sa grossesse* survenue il y a environ trois ans et qu'elle était alors située juste sous le bord des côtes, dans la région de l'hypochondre droit. Après sa délivrance elle était graduellement arrivée à la position présente. Elle avait été regardée *comme une rupture et traitée comme telle*.

A cause de sa grande fermeté et de son insensibilité, de son mode de

(1) *New-York medical Journal*, 1880, p. 29.

développement, etc., je diagnostiquai un fibrome et conseillai l'ablation. En incisant les enveloppes de la tumeur je trouvai qu'elle était placée sous l'aponévrose de l'oblique externe et les fibres périphériques de l'oblique interne et du transverse, et semblait suspendue par deux épaisses bandes fibreuses, l'une attachée à l'épine de l'ilium, l'autre courant obliquement en bas et en dehors et se perdant dans les tissus. Après soigneuse dissection, je passai mes doigts au-dessous d'elle et la séparai de son insertion à l'os. J'enlevai la tumeur de son lit et la détachai, ce qui fut l'affaire d'un instant; alors jaillit dans le trou une masse de matière luisante qui ressemblait d'une manière déplaisante à l'intestin et qui fut d'abord prise pour lui. Cependant on reconnut que c'était le péritoine intact non blessé. La blessure fut fermée avec des sutures profondes et superficielles. Par une mauvaise pensée un tube à drainage y fut placé. La plaie fut alors couverte de coton et un bandage fut appliqué.

Le jour suivant le tube de caoutchouc qui avait été obstrué fut retiré et remplacé par un drain de crin de cheval. En trois ou quatre jours, il y eut réunion par première intention de la partie supérieure de la blessure. La plaie eut une rougeur érysipélateuse; le drain fut retiré et le canal de la plaie fut injecté et pansé antiseptiquement. Il y eut alors, et pour quelque temps après, une odeur fécale bien nette venant de la plaie.

Le gros intestin devint adhérent au péritoine en ce point, comme le prouvait la sensation de tiraillement ressentie par la malade quand elle essayait de se mettre sur le côté gauche. Elle guérit lentement, mais bien. La température n'alla jamais au delà de 100 degrés Fahrenheit. Elle n'eut pas de symptômes de péritonite, excepté des tympanismes considérables. Sa tumeur avait environ 4 pouces en long (10 cent.) et 3 pouces (7^c,5) dans son petit diamètre. Elle était ferme et nettement fibreuse à la section. On ne fit pas l'examen microscopique.

On n'employa pas le spray, et je suis très convaincu que si j'avais arrêté tout suintement et simplement fermé la plaie comme je le fis en la couvrant avec des compresses et du coton, j'aurais eu une réunion par première intention.

OBSERVATION XXII. — *Gros fibrome de la paroi de l'abdomen. Extirpation avec ouverture de la cavité abdominale. Guérison. Rapportée par EBNER (1).*

Johanna S., de Kirchberg a. d. Raab, servante, 25 ans, non mariée,

(1) Clinique chirurgicale de l'université de Graz, prof. Carl Ritter von Rzehaczek. *Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 528, n° 37, 1880.

vint fin de mars 1879 à la réception de la clinique. Elle raconte qu'elle était toujours de bonne santé, qu'elle avait été réglée régulièrement depuis sa quinzième année, et qu'elle avait eu un accouchement il y a 5 ans. Il y a 6 mois elle était debout et se faisait charger des sacs de farine sur les épaules, lorsque tout à coup elle ressentit dans *le milieu de la paroi antérieure du ventre une douleur brûlante*, mais sans y faire attention. Bientôt après elle remarqua, par hasard, à un travers de main au-dessous de l'ombilic sur la ligne médiane, un noyau dur et facilement mobile sous la peau.

Vers la fin de janvier 1879, la malade sentit de nouveau, mais sans occasion spéciale, une douleur brûlante dans les environs de sa tumeur. Depuis lors, celle-ci s'accrut rapidement et causa de la douleur et de la pesanteur. A cause de cela elle vint à l'hôpital, où nous constatons l'état actuel suivant.

La malade paraît florissante, de moyenne grandeur, de solide ossature et forte musculature. Le ventre et la face externe de la cuisse sont couverts de nombreuses cicatrices de grossesse. Encoche de l'orifice externe de l'utérus correspondant à l'accouchement. A un travers de main au-dessous de l'ombilic, et à peu près à la même distance de la symphyse, une tumeur de 15 centimètres de large sur 19 de haut est située sur la paroi abdominale. Elle est divisée en deux parties presque égales par la ligne blanche; mais à gauche siège la moitié qui est un peu plus grosse. La tumeur se déplace à gauche et à droite sous le tégument général qui ne lui est pas fixé, de telle façon que la ligne blanche devient tangente au bord gauche du périmètre presque circulaire de la tumeur. Mais, dans le sens de la ligne médiane, le mouvement est impossible. Les muscles droits en diastasis limitent, à droite et à gauche, cette tumeur dure au toucher, mais non douloureuse à la pression. Le muscle droit gauche suit le mouvement de la tumeur dont le bord ne peut être que difficilement circoncrit, sauf un peu à droite. Le son de la percussion sur la tumeur est un peu étouffé avec une légère résonnance tympanique. Il se transforme en tous sens sur la périphérie en une sonorité claire et franchement tympanique. L'examen de la poitrine et des viscères abdominaux n'indique aucun signe anormal.

Le professeur Rzehaczek diagnostiqua : *Tumeur fibreuse de la paroi abdominale et vraisemblablement de ses couches profondes naissant ou bien de la gaine postérieure du muscle droit ou du fascia transverse*. Comme, à cause de l'étendue et de l'épaisseur de la tumeur, une soudure intime avec le péritoine devait être regardée comme très probable et que l'adhérence avec l'épiploon n'était pas absolument exclue, on fit les préparatifs de cette extirpation comme pour une ovariectomie.

Le 4 avril 1879, le professeur V. Rzehaczek procéda à cette extir-

pation en prenant de strictes précautions antiseptiques. La veille, on pourvut à une abondante évacuation abdominale et on fit des fomentations carboliques sur le ventre. Une incision de 17 centimètres environ sur la peau de la ligne blanche met à jour la surface dure et unie de la tumeur. Un vaisseau cutané jaillissant est lié au catgut. Les connexions lâches de la tumeur avec la peau sont rompues. Les deux muscles droits, en diastasis, furent écartés avec des crochets mousses sur la périphérie de la tumeur, et le bord gauche du néoplasme intimement uni avec le muscle droit de gauche fut séparé au bistouri. Quelques faisceaux musculaires lui restèrent adhérents. Arrivé à la face postérieure, on fit une courte tentative pour la séparer des minces parties sous-jacentes. Une déchirure du péritoine se produisit par laquelle une anse intestinale fit saillie avec force. Pendant que les mains bien désinfectées repoussaient l'intestin, la tumeur fut doucement soulevée et rapidement enlevée avec une couche de péritoine à l'aide de deux incisions en croissant. Comme ni les lèvres de la plaie, ni la cavité de la tumeur ne donnaient de sang, après une rapide inspection de la cavité péritonéale, la suture fut pratiquée. Le péritoine fut compris dans les fils, ce qui put être fait assez facilement, malgré l'ablation de 10 centimètres carrés environ de séreuse, à cause de la grande laxité des parois ventrales.

Puis on appliqua un pansement de Lister.

La thérapeutique instituée fut : pilules de glace et quantités massives d'opium.

Les suites n'offrirent rien de remarquable.

Le 7 avril nous changeons le pansement. Les sutures furent enlevées pour la plupart, car la plaie était réunie par première intention dans sa plus grande partie ; seul l'angle inférieur bâillait un peu et versait une petite quantité de pus de bonne nature qui avait pour origine la dernière piqûre. Un court tube à drainage introduit dans ce point mit rapidement fin à cet état qui avait causé une élévation de température jusqu'à 40°.

Du reste la température dans les 4 jours suivants ne monta pas au-dessus de 38 et s'abaisse dès lors à la normale.

A l'exception de cette unique élévation de température, la malade fut toujours dans le meilleur état et ne put être maintenue au lit qu'avec difficulté. Elle put le quitter pour quelques instants dès le 19 avril. Le 11 mai elle quitta l'hôpital, avec un bandage élastique pourvu d'une pelote.

A sa sortie de l'établissement, il lui fut fortement recommandé de se représenter à l'anniversaire de son opération ou du moins de donner un signe de vie par écrit, comme c'était l'habitude pour chaque ovariectomie de cette clinique. Bien que cette recommandation ne soit

observée que dans un petit nombre de cas, la malade se représenta dès le mois de novembre. Une réparation de son bandage était devenue nécessaire. Elle se réjouissait de sa bonne santé, seulement l'écartement des muscles droits était considérable et une assez grande quantité d'intestin grêle faisait hernie en l'absence du bandage. La cicatrice était déjà revenue sur elle-même et avait une longueur de 16 centimètres. Les règles étaient revenues trois mois après l'opération dans leur régularité habituelle.

M. le professeur Kundrat a eu la bonté d'entreprendre l'examen de la tumeur; elle mesure 13 centimètres de large, 16 centimètres de haut et 9 d'épaisseur; de forme sphérique aplatie, elle montre à sa face antérieure des lambeaux de tissu mince semblable à de l'aponévrose; elle montre à sa face postérieure, en son milieu, un morceau de 5 sur 1,5 centimètres de la gaine du muscle droit avec sa membrane d'enveloppe et quelques fibres. Elle est, à l'exception de ce point, nettement limitée et comme enveloppée d'une capsule fibreuse. Elle consiste en faisceaux irréguliers et entre-croisés de tissu fibreux, blanc, raide. Le diagnostic microscopique fut conforme à notre première opinion : fibrome simple.

Extrait du travail de Sklifossovski (1).

« Quatre ans avant d'entrer à la Clinique la malade a reçu un *coup de pied de cheval dans le flanc gauche*. Six mois après, elle a remarqué du même côté, dans la peau, au-dessous des côtes, une petite tumeur de la grosseur d'un pois. » D'autre part, cette malade a eu trois accouchements, mais le rapport entre leur date et celle de l'apparition de la tumeur n'est pas établi par l'auteur, qui semble avoir attribué la plus grande influence au traumatisme.

OBSERVATION XXIII. — *Fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale.*
7^e cas de LABBÉ.

M^{me} X..., âgée de 27 ans, a été réglée à 13 ans 1/2, et d'une façon très régulière jusqu'à ces derniers temps.

Elle n'a jamais eu que des maladies de l'enfance.

Mariée en 1877, elle a eu quatre enfants, en 1878, 1880, 1882, 1883. Elle a nourri tous ses enfants.

Au mois de janvier 1883, l'attention de M^{me} X... fut attirée sur la région inférieure droite de la paroi abdominale, par une très forte douleur.

Au mois d'août 1882, M^{me} X... avait fait une *chute* dans laquelle

(1) *Vratch*, Saint-Petersbourg, 1882, n° 18.

cette portion du corps avait porté sur des marches de pierre. A ce moment, il se produisit à *ce niveau une ecchymose assez forte*, mais la malade put continuer à marcher, sans qu'il existât d'endolorissement notable.

En janvier 1883, lorsque la douleur s'est manifestée avec une grande intensité, on a constaté *l'existence d'une grosseur du volume d'une petite noisette*.

A ce moment, M^{me} X... était enceinte; la tumeur augmenta, rapidement, pendant la grossesse, et devint le siège d'une crise douloureuse très violente, un mois environ avant l'accouchement.

La malade est adressée à Labbé par le D^r Lebèlle (du Mans).

Lorsque Labbé examine la malade pour la première fois, la tumeur a le volume d'un petit melon. Elle est située dans la région iliaque droite, et semble avoir un rapport immédiat avec la face interne de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Son grand diamètre est transversal. Son bord inférieur est parallèle au pli de l'aîne. La tumeur présente une certaine mobilité sur les parties profondes. La peau est mobile sur la tumeur.

Lorsqu'on dit à la malade de raidir la paroi du ventre, on immobilise, en partie, la tumeur.

Il n'existe pas de ganglions dans la région de l'aîne.

Le doigt, introduit dans le vagin, démontre la complète indépendance de l'utérus et de ses annexes et de la tumeur.

Le diagnostic de fibrome de la paroi abdominale est porté, et l'opération décidée.

L'opération a lieu le 9 juin. Anesthésie. Longue incision parallèle au pli de l'aîne; dissection de toutes les couches musculaires et celluluses jusque sur le *tissu même* de la tumeur. A partir de ce moment, l'énucléation a lieu assez facilement. On évite l'ouverture du péritoine, sur lequel la tumeur repose médiatement, par l'intermédiaire d'un feuillet du fascia transversalis.

Malgré l'apparence extérieure, il n'existe pas d'adhérences de la partie externe de la tumeur avec l'épine iliaque.

La réunion primitive avec drainage est tentée; comme cela s'observe souvent, dans ces cas, il se fait un peu d'accumulation de liquide entre les feuillets cellulux qui ont été divisés, et au bout de quelques jours on est obligé de désunir la superficie de la plaie. Dès lors, la cicatrisation marche régulièrement et est complète en un mois.

(Examen histologique fait par Remy. *Fibrome*.)

La guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour (mai 1887).

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les *tumeurs fibreuses de la paroi abdominale antérieure* sont habituellement uniques. Nous ne connaissons que trois observations où elles étaient doubles.

Huguier a observé deux fibromes placés symétriquement. L'un, placé à gauche, avait acquis un grand développement, il fut opéré. L'autre était resté peu volumineux, on n'y toucha pas.

Grätzer a publié un cas analogue, où deux fibromes avaient évolué simultanément et symétriquement de chaque côté de la ligne blanche. Mais comme ces deux tumeurs n'étaient séparées que par un sillon assez étroit, Sängér a essayé de prouver qu'il s'agissait d'une tumeur unique bilobée. Nous ne partageons pas son avis, car ces tumeurs avaient une structure un peu différente, et ce qui est encore plus important, elles présentaient, lorsqu'on les opéra, une large bande de tissu sain qui les séparait.

Labbé (10^e cas) a opéré une tumeur assez volumineuse occupant l'hypocondre droit, et laissé en place une très petite tumeur qui siégeait au niveau de la fosse iliaque gauche.

Siège topographique. — Ces tumeurs ont été rencontrées dans toutes les régions de la paroi antéro-latérale

de l'abdomen : à l'épigastre et à l'hypogastre, à l'aîne dans le voisinage de l'arcade crurale ou du pubis ou de l'épine iliaque, au flanc près de la crête iliaque, à

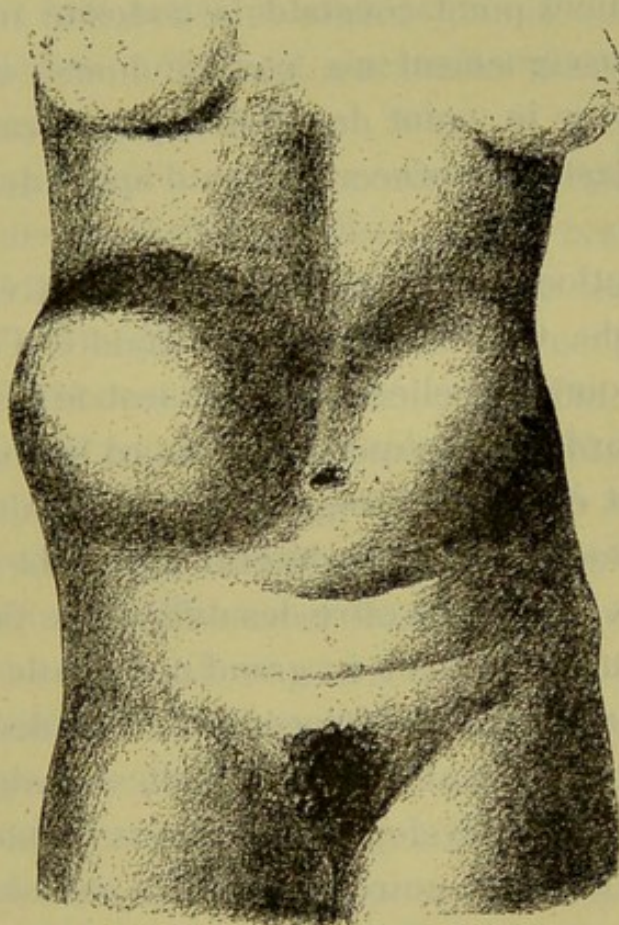


Fig. 1. — Malade de Grätzer ayant deux fibromes de la paroi abdominale.
Réduction du dessin publié dans sa thèse de Breslau.

l'hypocondre près du rebord des côtes. Elles peuvent déborder les côtes ou plonger dans le bassin et la fosse iliaque.

Elles ne se sont jamais développées sur l'ombilic, ni jamais exactement sur la ligne médiane. Le fibrome est toujours plus développé d'un côté que de l'autre de cette ligne.

Quelquefois, il est impossible d'indiquer un siège précis, la tumeur occupe tout un côté de la paroi antéro-latérale,

s'étend de la ligne blanche déviée aux côtes et à la crête iliaque. Presque toujours on a pu savoir quel avait été le lieu d'origine. Il est rare que les malades, par défaut d'observation d'elles-mêmes, ou par suite de l'absence de douleurs, n'aient point constaté la nodosité initiale. Mais quand ce renseignement n'a pas été donné, il est impossible de trouver le point de départ, par le raisonnement, car le néoplasme ne s'accroît pas d'après des règles déterminées.

La distribution de ces tumeurs ne paraît être soumise à aucune règle. Cependant, on peut établir, d'une manière vague, les points où elles se produisent le plus souvent : ce sont, par ordre de fréquence : d'abord la zone des muscles droits et ensuite les régions ilio-inguinales.

Siège anatomique. — La détermination du siège anatomique de ces néoplasies offre des difficultés. Ces difficultés de détermination tiennent au grand nombre de couches qui constituent la paroi, au déplacement, à la distension, aux adhérences qu'elles subissent entre elles et avec la tumeur, par suite de son développement. Nous avons déjà traité cette question dans notre pathogénie, aussi n'y insistons-nous plus autant dans ce chapitre.

Il est certain que ni la peau, ni son tissu adipeux, ni la couche celluleuse sous-jacente ne donnent naissance à ces fibromes. On voit fréquemment, par suite de l'augmentation de volume de la tumeur, la peau sus-jacente perdre son tissu adipeux et s'amincir; mais il est très rare qu'elle contracte des adhérences et présente des altérations plus graves. Cependant, dans des cas tout à fait extraordinaires par suite de la durée et du volume de la tumeur, on a vu la peau s'œdématier, s'indurer, devenir adhérente et même s'ulcérer.

Les tumeurs de Limaugé et de Paget furent ulcérées

quatorze ans après leur début. Celles de Langenbeck (1), Herzfelder (2), Dittel (3), Nicaise (4) et Letailleur (5), également ulcérées, présentaient un très gros volume, égalaient en moyenne une tête d'enfant. Dans le cas de Rokitansky, la peau s'était œdématiée et avait acquis la dureté du bois, six ans après le début, et par suite d'une distension énorme de l'abdomen.

Ces tumeurs sont toujours recouvertes par les lames aponévrotiques antérieures des gaines musculaires de l'abdomen; elles leur adhèrent souvent en les distendant; cependant il est toujours possible de les reconnaître.

Plus profondément ces tumeurs englobent ou refoulent les muscles, leur couche celluleuse, leurs cloisons aponévrotiques.

Elles peuvent être libres entre les deux feuillets des gaines musculaires, comme si elles avaient pris naissance dans le tissu conjonctif du muscle; mais le plus souvent elles sont soudées, au moins à un feuillet aponévrotique, et quelquefois aux deux.

Quand elles sont soudées au feuillet profond des gaines, il est rare qu'elles ne le soient pas en même temps au péritoine. Cette fusion avec le péritoine est si fréquente qu'on avait voulu en conclure que le lieu de naissance de ces tumeurs était le tissu conjonctif sous-séreux ou prépéritonéal.

On avait pour cette cause dénommé ces néoplasmes fibromes prépéritonéaux, tumeurs prépéritonéales.

Nous avons combattu cette manière de comprendre la pathogénie, et nous pensons avoir établi qu'on avait con-

(1) *Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd, p. 105. 1856.

(2) *Zeitschrift der Aerzte zu Wien*, XII. 1856.

(3) *Allgemeine Wiener medical Zeitung*, 1867.

(4) *Revue mensuelle de méd. et chir.*, 1878.

(5) *Soc. de chirurgie*, 1878, p. 623.

sidéré comme pathologique *un fait tout à fait normal*, l'adhérence du péritoine pariétal avec une très grande surface des aponévroses profondes de l'abdomen.

Il n'existe pas plus de tumeurs *prépéritonéales* que de tumeurs *sous-cutanées*.

Le tissu cicatriciel de l'ombilic n'a jamais donné naissance à de semblables lésions.

Il ne reste donc plus qu'à choisir entre les aponévroses et les muscles qui composent la partie anatomique où on les rencontre constamment.

Il est difficile de se prononcer. Nous avons fait dans l'étiologie un plaidoyer en faveur de la théorie de Herzog, qui suppose qu'elles procèdent de tissu cicatriciel consécutif à des ruptures musculaires. Nous savons que Guyon, se basant sur leur nature fibreuse et leur rapport constant avec des organes fibreux, les aponévroses, leur a donné le nom d'aponévrotiques. On nous pardonnera de ne pas insister longuement sur ce point litigieux qui n'a pas une grande importance pratique, et de conclure que ces tumeurs sont situées dans l'épaisseur des couches aponévrotiques et musculaires de la paroi.

Volume. — Ces tumeurs peuvent acquérir un volume très considérable. La plus grosse qui soit connue a été observée par Rokitsky (1), elle descendait jusqu'au genou, et il fallut une incision de 30 centimètres pour la découvrir. Elle était en pleine période d'accroissement et avait déjà atteint le poids de 17 kilogrammes.

La sixième tumeur observée par Labbé présentait des dimensions considérables : 20 centimètres de diamètre (mesure prise sur la tumeur rapetissée par l'alcool).

Conformation extérieure. — Quand ces tumeurs sont

(1) *Wiener medicinische Presse*, 1880, p. 104 et 140.

petites, on les trouve souvent rondes ou ovales, et leur surface est à peu près lisse. En grossissant, elles peuvent montrer des bosselures plus ou moins considérables ou même de petits lobes accessoires. Elles sont souvent un peu aplaties dans le sens antéro-postérieur; elles s'étalent dans la paroi abdominale et prennent, quelquefois, la forme d'un galet. C'est cette dernière forme que l'on rencontre le plus fréquemment lorsqu'on les observe dans les muscles larges. Quand elles siègent dans la gaine des muscles droits, elles ont plus souvent une configuration allongée et quelquefois pyriforme.

Lorsqu'elles atteignent un grand développement, elles chassent devant elles les feuillets antérieurs et postérieurs des gaines musculaires, elles font saillie sous la peau et sous le péritoine et présentent une forme sphérique; dans ce cas, il est fréquent de les voir étranglées vers leur milieu par la résistance des brides fibreuses ou par la pression des muscles, et on les a comparées avec raison à un sablier, à un bouton de chemise, à deux petits pains appliqués par leur face plane. Souvent la rainure qui sépare les deux hémisphères est très étroite; souvent il y a une grande disproportion entre le volume des deux lobes, le prolongement péritonéal étant le plus petit; quelquefois il s'est trouvé plusieurs prolongements sous-péritonéaux.

Si ces tumeurs ne sont pas très éloignées du squelette, soit du bassin, soit des côtes, on peut leur trouver un prolongement adhérent à l'os par une large surface ou par une partie étroite et pédiculée.

Nous savons déjà, par l'historique, de quelle importance a été pour le traitement la croyance à l'absence ou à la présence du pédicule. Nous avons déjà dit que la première description en fut faite par Huguier. Nous l'avons con-

damnée comme une erreur, et nous avons fait ressortir les résultats funestes qu'elle avait eue sur la pratique chirurgicale en France.

C'est ici le lieu de défendre notre opinion en prouvant que *le pédicule n'existe pas souvent*, s'il a jamais existé.

Le lecteur se rappellera d'abord que dans les 7 observations qui furent publiées avant Huguier il n'est pas fait mention de pédicule. Deux fois, cependant, dans les cas de Bouchacourt et de Langenbeck, les tumeurs s'étaient développées dans la région iliaque, c'est-à-dire dans la même région que celles qui furent observées par Huguier.

Étudions, maintenant, le compte rendu de la séance de la Société de chirurgie où Huguier prit la parole.

Huguier arrive à la tribune avec des idées encore incertaines sur quelques points de l'histoire de ces tumeurs ; aussi commence-t-il par demander l'avis de ses collègues. L'existence du pédicule n'est pas encore un signe constant à ses yeux. Il a vu qu'il manquait dans le cas de Gosselin, et sur le nombre des autres faits qu'il a observés, il n'a constaté son existence, de visu et le bistouri à la main, qu'une seule fois. Les autres fois il n'y a que la sensation obtenue par le palper ; aussi emploie-t-il au début de sa communication une forme dubitative. Il se place entre deux alternatives : il dit que ces tumeurs sont en simple contact avec le bassin, ou « adhérentes à son squelette par un pédicule ».

Puis il se produit dans l'esprit de Huguier un phénomène curieux. Ses collègues parlent et il se laisse entraîner. Ses collègues acceptent l'existence constante de relations entre l'os et le néoplasme. Bien que ceux-ci ne parlent que de souvenir, Huguier cesse d'hésiter. Il est convaincu, et à la fin de la séance il est devenu le défenseur déterminé du pédicule et des opérations ayant pour but de l'atteindre.

L'idée du pédicule a donc fait son apparition par surprise et par entraînement. Dès son origine, elle ne repose que sur des faits douteux et peu précis. Nous allons démontrer que, jamais, il n'y a eu de preuves absolument concluantes en sa faveur et on a vraiment de la peine à comprendre comment elle a persisté si longtemps. Jamais il n'a été donné une description minutieuse et convaincante du pédicule, tandis qu'au contraire beaucoup d'observations donnent des explications très satisfaisantes de la sensation de pédicule.

La thèse de Bodin semblait offrir l'occasion de revenir à une interprétation exacte des faits, mais ni son auteur, ni son inspirateur ne le comprirent. Elle détaillait les cas ayant servi à la communication de Huguier, elle en ajoutait de nouveaux, mais elle resta sans résultat parce que Bodin s'en tint à l'examen clinique, à la preuve clinique. Le pédicule avait été senti, donc il existait.

Cependant, si nous analysons les six cas contenus dans ce travail, nous voyons que dans les six examens cliniques six fois le pédicule avait été senti; deux fois la vérification du diagnostic a été faite, par une opération de Huguier et par une de Gosselin, et une fois on avait commis une erreur flagrante. Il y avait de quoi devenir circonspect.

En effet, dans l'un des cas, Gosselin dit positivement : « On s'aperçoit que la tumeur n'adhère pas du tout à l'os. »

L'observation de Huguier, bien qu'il l'ait considérée comme une preuve, n'est pas tout à fait probante. Huguier trouve deux pédicules, et il écrit : « La tumeur est enveloppée par plusieurs couches de tissu cellulaire condensé et de fibres musculaires disséminées à sa surface. Celles-ci sont surtout visibles aux extrémités du grand diamètre où elles se groupent en faisceaux. »

Telle est sa description du premier pédicule observé. Il

n'est pas dit si la tumeur envoyait un prolongement; on ne trouve rien de mentionné sur ce point, et, s'il faut s'en rapporter au texte, le pédicule est formé de feuillets conjonctifs et de fibres musculaires, c'est-à-dire que Huguier n'a pas serré sa tumeur de près en l'opérant et y a laissé quelques fibres adhérentes. Nous verrons plus loin que la disposition des enveloppes de ces fibromes favorise la production artificielle de pédicules.

Plus tard, Nélaton accepte aussi le pédicule et le fait naître sur la crête iliaque, mais ni dans sa leçon, ni dans son observation il n'en donne une description. La seule preuve qu'il donne de son existence est la suivante : il lui est impossible de faire cheminer la tumeur vers la ligne médiane, il sent une résistance invincible, indice d'une union avec la crête iliaque.

Chairou dit, simplement, qu'il a coupé un pédicule.

Richet et Broca sentirent le pédicule à l'examen clinique, mais aucun des deux ne le vit. Richet fit une ligature sous-cutanée qui ne le lui montra pas, et Broca n'opéra pas.

Péan (1876) décrit, dans les symptômes cliniques des fibromes qu'il publie, un pédicule adhérent à l'os. L'opération lui permet de constater qu'il n'en est pas ainsi; un prolongement se dirige bien vers l'os, mais il n'y atteint pas.

Bard de Lyon (1877) opère une tumeur adhérente au pubis : il reconnaît que cette prétendue adhérence est constituée par les tendons du droit antérieur, et non par une expansion du fibrome (1).

Nicaise, à son tour (1878), fournit une explication très satisfaisante de l'adhérence apparente à l'os : « La tumeur

(1) *Lyon médical*, t. XXVI. 1877.

est unie aux aponévroses du petit oblique et du transverse non par un simple pédicule, mais par une espèce de bandelette de tissu fibreux qui occupe toute sa hauteur ; elle s'insère sur la crête iliaque. » Cette large bandelette fibreuse ressemble beaucoup à une des bandelettes aponévrotiques du grand oblique.

Plus tard, en 1885 (1), nouvelle observation du même auteur, qui est encore contraire à l'idée du pédicule. L'examen clinique lui en fait accepter l'existence, mais il n'en trouve pas trace à l'opération.

En 1886, Tillaux observe une tumeur qui lui paraît adhérente à la crête iliaque ; il croit même sentir le pédicule, aussi la nomme-t-il péripelvienne. Il ne trouve pas d'adhérences à l'os pendant l'extirpation (2).

La même année, Mollière et Duchaussoy (3) arrivent aux mêmes conclusions que leurs prédécesseurs. Duchaussoy constate en outre que son pédicule prétendu n'est qu'une bride formée par le muscle transverse dégénéré.

Enfin Labbé dans dix opérations n'a pas rencontré le pédicule une seule fois.

A l'étranger le pédicule a été senti aussi plusieurs fois pendant les examens cliniques qui ont précédé l'opération. Jamais on ne lui a donné d'importance ; jamais il n'a été constaté qu'il fût formé d'un prolongement de la tumeur elle-même.

Il est même fréquemment arrivé que les observateurs ont interprété de suite leurs sensations, en attribuant à la tension des muscles les brides qui reliaient la tumeur au squelette.

Esmarch, dans une opération qu'il fit en 1859, mais

(1) Thèse de Paris par Damalix. 1886.

(2) *Ibidem*.

(3) *Journal de médecine de Paris*, 1886, n° 24.

qu'il ne publia qu'en 1865 (1), signale la constatation de l'existence d'un pédicule à l'examen clinique, et de son absence à l'opération.

Dittel parle très nettement d'un pédicule, mais il ne donne aucun détail à ce sujet.

Buntzen observe une tumeur qui remonte en suivant la gaine du muscle droit jusque sur les côtes. Il voit un pédicule *charnu* et *musculaire*, qui se mêle aux digitations du grand oblique. Il n'est pas douteux que ce pédicule était formé de muscles.

Billroth constate à la clinique une adhérence à l'os. L'opération lui montre qu'il n'y en avait pas.

Cornelius Williams, en 1880, indique une adhérence à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; voici comment il l'expose : « En incisant sur la tumeur je trouvai qu'elle était placée sous l'aponévrose de l'oblique externe, et sous les fibres de l'oblique interne. Elle semblait suspendue par deux épaisses bandelettes fibreuses, l'une attachée à l'épine iliaque, l'autre courant obliquement en bas et en dehors et se perdant dans les tissus. » Cette observation rappelle la description de Nicaise, et doit recevoir la même explication. Voir obs. XXI.

Aucune de ces observations n'est de nature à établir l'existence d'un pédicule constitué par les éléments de la tumeur elle-même. Au contraire, plusieurs de ces descriptions nous montrent que le pédicule était une erreur clinique, et qu'on n'en trouvait pas trace en opérant. Quelques-unes nous donnent l'explication de la sensation clinique par l'existence de brides de nature musculaire, tendineuse ou aponévrotique.

Terrillon, en 1885 (2), est le seul auteur qui affirme ex-

(1) Thèse de Cornils.

(2) *Soc. de chirurgie*, 1885, et thèse de Damalix, 1886.

pressément l'existence du pédicule ; mais il ne donne réellement pas une description qui puisse entraîner la conviction.

Donc le *pédicule long et grêle n'existe pas*, et il faut rejeter l'*origine osseuse des tumeurs*. Cependant les *adhérences au squelette* existent certainement, ainsi que Guyon l'a démontré et que les observations le prouvent. Mais ce sont des adhérences à large surface, qui sont la conséquence du développement des tumeurs et de leurs rapports de voisinage avec les os. Elles agissent alors comme un corps étranger, comme un abcès, ou un anévrysme qui presse sur les parois voisines, les irrite et se soude avec elles. Si elles présentent, souvent, l'apparence de prolongements vers les os, cela tient à leur développement dans les gaines musculaires : les néoplasmes, bridés dans ces gaines, ont de la tendance à s'avancer vers leurs points d'insertion osseuse (Guyon). Ces larges adhérences s'observent surtout au niveau des côtes.

Ces fibromes sont toujours *encapsulés*. Ils possèdent de ce fait l'un des caractères de bénignité les plus nets que l'on connaisse. Mais ce n'est pas là la seule raison qui nous détermine à attirer l'attention sur cette enveloppe. La capsule a une disposition et surtout des rapports tout spéciaux qui ont une grande importance pour la méthode opératoire qu'il faut adopter.

Il ne s'agit pas d'une simple membrane celluleuse ou fibreuse plus ou moins épaisse qui enkyste le néoplasme, mais plutôt d'une série de capsules se recouvrant les unes les autres et adhérant irrégulièrement entre elles. Les membranes qui les constituent sont souvent très minces et superposées en nombre très considérable.

Ces enveloppes sont surtout nombreuses à la face antérieure de la tumeur. Elles sont formées par la distension,

le refoulement et l'amincissement des aponévroses et des couches conjonctives des muscles.

Elles ont donné lieu à une erreur bien singulière. Rokitansky, de Vienne, opérant un fibrome qu'il avait pris pour un kyste de l'ovaire, crut plusieurs fois ouvrir le péritoine : il avait incisé plusieurs des capsules successives du fibrome.

En arrière, les enveloppes de la tumeur sont toujours moins nombreuses. Quelquefois on peut trouver une aponévrose, une couche cellulo-adipeuse et le péritoine. Mais si la tumeur est soudée avec l'aponévrose, les enveloppes diminuent encore de nombre, et sont de nature variable.

Dans le tiers inférieur de la paroi, les couches celluleuses et adipeuses seront abondantes, et le péritoine n'adhérera pas. Mais dans les deux tiers supérieurs, l'adhérence péritonéale sera très probable, à cause de la raréfaction naturelle, à ce niveau, du tissu cellulaire.

L'adhérence du péritoine peut être, dans ce cas, difficile à détruire. Il est fréquent de voir se produire des déchirures pendant les tentatives de séparation.

Quand la tumeur présente des lobes à sa face profonde, le péritoine les recouvre plus ou moins : souvent il les recouvre en entier ; et s'il existe une gorge qui sépare le fibrome en deux lobes, comme cela s'observe dans certains cas, le péritoine peut tapisser jusqu'au fond de cette dépression, et former ainsi un cul-de-sac qu'il faut éviter de rompre.

En général, quelle que soit la forme de la face profonde de la tumeur qui contracte des rapports intimes avec le péritoine, cette membrane est amincie ; mais il n'est pas impossible pour cela de la décoller, et on ne devra jamais rejeter cette manœuvre *a priori*, sans l'avoir tentée.

Malgré la distension, la séreuse persiste, ainsi que cela

résulte d'une observation de Brun. L'anatomie pathologique de cette observation contient un passage qui a pour nous la plus grande importance, car il prouve la persistance du péritoine à la surface de la tumeur, et cette preuve ne vient pas d'un homme voulant défendre cette idée.

Brun ayant à pratiquer l'ablation d'une grosse tumeur a cru nécessaire de réséquer le péritoine sur une certaine étendue. La tumeur a été étudiée en divers points par un jeune anatomiste et la partie recouverte de péritoine a donné lieu à la description suivante : « A sa limite des faisceaux larges de tissu conjonctif adulte présentent les caractères du tissu sous-péritonéal normal. »

La vascularité de ces tumeurs est peu prononcée quand elles sont petites; mais quand elles ont atteint un grand volume, elles présentent parfois un développement très marqué de leurs vaisseaux, et en particulier de leurs veines. Les artères n'ont rien de spécial; mais il nous faut insister sur les veines, qui sont énormes, atteignent quelquefois le volume du petit doigt, jouissent des propriétés des sinus et restent béantes après section. Elles sillonnent les parties superficielles de la tumeur. Nous y reviendrons plus tard quand nous décrirons l'opération.

Les petits fibromes ont une consistance uniforme. Ils sont très durs, bien qu'un peu élastiques.

Ils crient sous le scalpel.

Ils offrent sur la coupe une coloration grisâtre ou rosée et sont souvent pointillés de rouge par les vaisseaux. Leur surface de section est sillonnée de bandelettes à reflets nacrés, qui sont contournées, entre-croisées, disposées en spirales, en tourbillons, en cercles concentriques et qui rappellent l'apparence du tissu des étoffes damassées.

Quelquefois la tumeur en grossissant conserve sa dureté et son aspect à la coupe; mais le plus souvent sa consistance change beaucoup. C'est que le tissu du néoplasme est sujet à plusieurs transformations. Le phénomène que

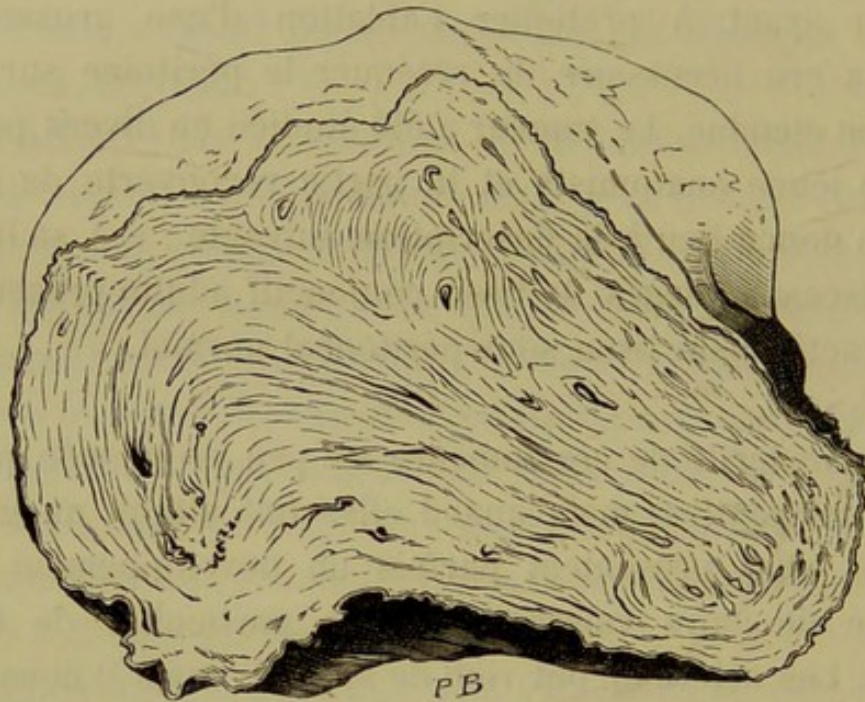


Fig. 2. — Coupe d'un fibrome de la paroi abdominale, opéré par Labbé. (8^e cas.)

l'on observe le plus souvent est le ramollissement partiel du fibrome qui peut être porté assez loin pour donner l'idée d'une collection de liquide. Cet état est dû, comme Santesson l'a dit depuis longtemps, à l'infiltration d'une substance amorphe liquide entre les éléments de la tumeur ou à la dégénérescence gélatineuse. Le fibrome prend alors en certains points la consistance et la texture du myxome.

Dans ces conditions l'aspect des coupes est très variable; nous en donnons quelques exemples tirés des observations de divers auteurs.

« La tumeur est formée d'enveloppes et de cloisons fibreuses nacrées, formant des alvéoles remplies d'une

masse liquide verdâtre qui peut être exprimée » (Santesson).

La tumeur « est parcourue par des travées fibreuses peu épaisses, entre lesquelles fait hernie une masse plus molle, plus translucide, d'aspect œdémateux laissant suintier un suc à la coupe » (Brun).

« La coupe montrait un réseau grossier de faisceaux blancs, resplendissants, entre lesquels se trouvaient, surtout vers le centre de la tumeur, des espaces de l'étendue d'un pois ou d'une noix avec une substance intermédiaire, homogène, partie gélatineuse, partie demi-liquide » (Langenbeck, obs. VII).

Une autre dégénérescence beaucoup plus rare que la précédente est la transformation kystique.

On a vu les kystes très rarement. Nicaise, Tillaux en ont trouvé du volume d'une noisette. Labbé (observation XXIV) a ponctionné un fibrome fluctuant et en a retiré 60 grammes de liquide.

Enfin Weinlechner a décrit un cas très exceptionnel : « La section de la tumeur montre qu'elle était seulement solide dans sa moitié antérieure ; dans sa moitié postérieure ou péritonéale, au contraire, elle était composée de deux cavités kystiques qui communiquaient et étaient de la grosseur d'une tête d'homme. Dans ces cavités est un liquide collant, coloré en brun sombre, mêlé avec des restes déchiquetés des tissus décomposés qui recouvraient les parois. »

On conçoit que dans de telles conditions la consistance des tumeurs puisse varier beaucoup, et ceci nous explique comment la confusion a pu être faite entre des kystes de l'ovaire multiloculaires et des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen dégénérés.

OBSERVATION XXIV. — *Fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale, par LABBÉ (5^e cas).*

M^{me} X...., habitant la Bourgogne, me fut présentée dans le courant de l'année 1880; cette dame âgée d'environ 40 ans, a eu plusieurs enfants. Elle a toujours été bien réglée, et sa santé générale ne laisse rien à désirer.

Pendant l'année 1879, elle a vu paraître, au niveau de la partie inférieure de la région abdominale, à gauche, une tumeur qui a pris rapidement un assez grand développement. La tumeur est oblongue et son extrémité inférieure se dirige vers la grande lèvre gauche, en suivant la direction du canal inguinal.

En l'examinant attentivement, on trouve qu'elle offre une consistance ferme, mais rénitente. Dans un point, elle est élastique et donne, même, la sensation de fluctuation. La peau ne lui est nullement adhérente, et il est facile de voir qu'elle est assez mobile sur les parties profondes et que, malgré sa situation, elle n'offre pas de rapports directs avec le canal inguinal ou son orifice inférieur. En réalité elle siège dans la région inguinale, mais elle passe en avant de l'orifice et dépasse beaucoup par en haut les limites de cette région.

L'examen de cette tumeur me fit songer à l'existence d'un fibrome siégeant dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Cependant la sensation de fluctuation que j'avais perçue m'engagea à faire une ponction exploratrice. Celle-ci donna lieu à l'issue d'environ 60 grammes d'un liquide jaunâtre, séreux, paraissant provenir d'une poche kystique. Malgré l'issue de ce liquide, la tumeur ne s'affaissa pas. Les parois de la poche contenant le liquide étaient tellement épaisses qu'elles ne s'affaissèrent pas.

Je proposai une opération ayant pour but d'enlever la tumeur. L'opération fut refusée. La malade retourna dans son pays. La tumeur continua à s'accroître et elle prit un tel développement, que la malade pria son médecin, le D^r Yardin, de Laignes (Côte-d'Or), de me prier de venir la débarrasser de son mal.

L'opération eut lieu le 3 mars 1881.

A cette époque la tumeur avait pris un développement considérable surtout dans le sens de la longueur. Dans ce sens elle mesurait environ 25 centimètres, son extrémité supérieure dépassait le niveau de l'ombilic. Elle faisait une saillie notable et mesurait transversalement près de 11 centimètres.

La peau était lisse, glissait sur la tumeur. La contraction des muscles abdominaux lui communiquait un certain degré de fixité.

Une longue incision permit de mettre la tumeur à découvert; lorsque le doigt fut arrivé sur le tissu même de celle-ci, je procédai

assez facilement, par énucléation ; le péritoine fut mis à découvert dans une étendue exceptionnelle, au moins 25 centimètres de bas en haut et 10 à 12 centimètres transversalement. On ne voyait pour ainsi dire pas de traces du fascia transversalis.

Le péritoine, qui ne fut pas ouvert, présentait une transparence telle, qu'on voyait à travers lui, comme à travers une vitre, l'intestin grêle se contracter.

La plaie ne fut pas réunie ; un pansement à l'alcool fut rapidement suivi de bourgeonnements et la guérison eut lieu, sans encombre.

Il n'existe pas d'éventration.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic de fibrome.

La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour, 8 octobre 1887.

Nicaise a soulevé la question d'autres espèces de dégénérescences à propos d'un fibrome qu'il a présenté à la Société de chirurgie en 1878. Dans le cours de la discussion il s'exprime ainsi : « Il s'agissait d'un fibrome dégénéré en certains points. Toute la portion qui était en rapport avec l'os et l'aponévrose était entièrement fibreuse. Dans les parties superficielles il y avait des dépôts crétacés, granulo-graisseux, et dans un point autour d'une masse nécrobiosée se trouvait une membrane d'élimination en voie de nouvelle formation. »

Devons-nous tenir compte de ce fait et accepter ces variétés de dégénérescences des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen ? Après avoir étudié la question nous ne le croyons pas. En effet, d'après l'observation détaillée, la dégénérescence calcaire était insignifiante ; quant à la dégénérescence nécrobiotique, elle n'était pas survenue spontanément. Elle était située dans la partie la plus déclive du fibrome et était voisine d'une ulcération de la peau.

OBSERVATION XXV. — *Tumeur fibreuse intra-pariétale de la paroi abdominale*, par NICAISE (1).

M^{me} X..., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital Necker en octobre 1877.

(1) *Revue mensuelle de médecine et chirurgie*, t. II, 1878.

Elle n'a jamais été malade et a eu six enfants, le premier il y a vingt-cinq ans.

Il y a quatre ans, cette malade a remarqué l'existence d'une petite tumeur vers la partie antérieure de la crête iliaque gauche. Celle-ci a grossi peu à peu et avait, il y a un an, le volume du poing. Aujourd'hui, elle a les dimensions d'une tête d'adulte et a augmenté rapidement, surtout depuis quelques semaines.

Située dans le flanc gauche, elle forme une énorme saillie au-dessus des parois abdominales; entraînée par son poids, elle s'incline en bas et recouvre la crête iliaque; en haut, elle remonte jusqu'au rebord des fausses côtes; en dedans, elle est éloignée de 12 centimètres de l'ombilic. Son pourtour mesure 39 centimètres dans le sens transversal et 41 centimètres dans le sens vertical. La peau qui la recouvre est distendue, mais sans aucune adhérence, sans œdème. Les veines sous-cutanées sont très volumineuses. La tumeur est plus chaude au toucher que les parties voisines; à la partie déclive la peau est rouge.

La tumeur est globuleuse dans son ensemble, mais on distingue nettement à sa surface trois ou quatre mamelons volumineux. Par la palpation, on reconnaît également qu'elle fait saillie vers la cavité abdominale; la fosse iliaque interne est libre.

Sa consistance est inégale; elle est en général dure, fibreuse; mais dans sa partie la plus saillante et en bas, elle présente une sorte de fluctuation.

Elle ne peut être entraînée en dehors, soulevée ni déplacée dans le sens vertical; transversalement, au contraire, on peut lui imprimer des mouvements assez étendus. En faisant contracter les muscles de la paroi abdominale, la tumeur est immobilisée, et de plus elle se congestionne.

La malade a toujours été bien réglée jusqu'au mois de janvier 1877. A ce moment, elle eut une perte qui dura quinze jours; un léger écoulement sanguin persista pendant trois mois. Du mois de mars à la fin d'août, les règles ne parurent pas; au commencement de septembre, elles reparaissent pendant un ou deux jours, s'arrêtent, puis reviennent le 8. L'écoulement sanguin se continue jusqu'au mois d'octobre, s'arrête pendant deux jours, pour reprendre encore pendant une quinzaine.

Les organes du bassin furent examinés avec le plus grand soin, mais je ne constatai rien d'anormal ni dans l'utérus ni dans ses annexes; il n'y avait aucune tumeur ni dans le bassin ni dans les fosses iliaques.

Le diagnostic fut : tumeur fibreuse des parois abdominales adhérente aux aponévroses et probablement à la crête iliaque.

L'interrogatoire de la malade m'avait fait craindre des complications du côté du bassin; mais l'examen direct me démontra que les troubles menstruels devaient être rattachés à la ménopause ou peut-être au voisinage d'une énorme tumeur, dont le développement rapide a coïncidé précisément avec l'apparition des troubles menstruels.

La malade demandait à être opérée; l'opération était, en effet, indiquée par la marche rapide de la tumeur, sa tendance prochaine à l'ulcération et l'impossibilité dans laquelle elle mettait la malade de vaquer aux besoins de la vie.

L'état général était bon, les viscères sains. La tumeur était-elle adhérente au péritoine? Il était à peu près impossible de répondre à cette question; aussi, dans le doute, je jugeai indispensable de prendre toutes les mesures commandées par la possibilité de ces adhérences.

Il fut décidé que la malade serait opérée à l'hôpital Temporaire, quand la métrorrhagie aurait cessé.

Les jours suivants, la tumeur fit encore des progrès et elle s'ulcéra à sa partie déclive, il s'écoula une sérosité assez abondante, mais jamais de pus. Une nouvelle perte survint à la fin d'octobre et dura quatre ou cinq jours.

L'opération fut faite le 7 novembre.

La malade est chloroformisée. Une incision elliptique occupant tout le diamètre vertical de la tumeur limite une étroite languette de peau comprenant la partie ulcérée et qui devra être enlevée. Je procède ensuite à la dissection de la tumeur; sa face antérieure est recouverte par le bord postérieur du grand oblique, qui est disséqué et rejeté en avant; sa face profonde adhère intimement avec les parties voisines; elle est unie aux aponévroses du petit oblique et du transverse, non par un simple pédicule, mais par une épaisse bandelette de tissu fibreux qui occupe toute la hauteur de la tumeur en s'élargissant en bas, où elle s'insère sur la crête iliaque. En sectionnant ces tissus fibreux, on voit qu'ils renferment une grande quantité de petits vaisseaux. En aucun point il n'y a d'artère volumineuse. La dissection de la tumeur, dans les parties profondes, fut faite avec attention dans la crainte du péritoine; je me servis d'un bistouri boutonné. Le péritoine ne fut pas découvert, mais seulement le *fascia propria*.

Je me servis pendant l'opération de pinces hémostatiques et je fis à la fin toutes les ligatures avec le catgut. L'étendue de la plaie était considérable; deux lambeaux cutanés la recouvraient. Je fis une suture entrecoupée avec des fils d'argent, en laissant libre la partie moyenne de la plaie pour permettre le passage de deux tubes à drainage. Des cylindres de ouate, placés de chaque côté de la suture,

appliquent les lambeaux cutanés sur le fond de la plaie. Pansement antiseptique : ouate sur le ventre, bandage de corps en flanelle.

La malade fut déprimée après l'opération; la température était alors seulement de $36^{\circ},2$; le soir, elle atteignait $37^{\circ},2$ et le troisième jour $39^{\circ},3$; le cinquième, elle monta à $39^{\circ},8$ et le sixième à 40° ; cette élévation coïncida avec le développement d'une plaque d'érysipèle autour de la plaie. Cet érysipèle, pâle, bénin, ambulant, sans frissons ni état général grave, retarda un peu la cicatrisation. Néanmoins, il y eut réunion immédiate des lèvres de l'incision dans la plus grande partie de leur étendue. Aucune complication ne survint du côté de l'abdomen.

On continua les pansements antiseptiques avec des solutions phéniquées; le traitement médical fut approprié.

La malade se leva le 30 novembre, pour la première fois; le 5 décembre, j'ouvris un petit adéno-phlegmon épitrochléen à gauche. Quelques jours après, la malade sortit complètement guérie, ayant recouvré ses forces et sa santé habituelles; les règles vinrent le 11 novembre et durèrent six jours sans rien présenter de particulier.

La cicatrice est solide, linéaire et il n'y a pas à craindre d'éventration; pour plus de sûreté, je fais porter une ceinture avec pelote au niveau de la cicatrice. Depuis, j'ai revu la malade; l'état local et l'état général sont excellents.

Examen de la tumeur. — Elle est irrégulièrement lobulée, du poids de 2,400 grammes. Elle ne renferme pas de gros vaisseaux. A sa face profonde, on trouve les traces des adhérences qu'elle présentait avec les tissus aponévrotiques; ce sont des tractus longitudinaux volumineux, qui occupent toute sa hauteur et se continuent en bas avec une masse plus épaisse qui formait comme leur base et adhéraient à la crête iliaque.

La coupe de la tumeur offre un aspect différent vers la partie profonde et vers la partie superficielle. Il semble qu'elle se soit développée de dedans en dehors, à la fois par l'augmentation des lobules externes et par l'addition de nouveaux lobules à la face profonde. En ce point, en effet, la tumeur est formée de tissu fibreux blanc jaunâtre, à tractus formant des réseaux très irréguliers, de consistance ferme, élastique, très résistants à la section et à la traction et comme légèrement infiltrés d'une sorte de matière muqueuse; on n'obtient rien par le raclage.

En se rapprochant de la surface, le tissu fibreux est altéré; par places, on trouve de petites taches jaunes dues à des *amas granulo-graisseux*; en un point même, il y a de petits *dépôts calcaires*. Ailleurs, le tissu est plus mou, rosé, friable et se rapproche de l'aspect sarcomateux. Il y a là une sorte d'altération secondaire, de dégéné-

rescence du fibrome, et cette altération se rencontre dans de nombreux points de la partie superficielle. A la partie la plus saillante, se trouve un lobule presque *fluctuant* et renfermant un caillot sanguin.

A la portion la plus déclive, un lobule présente des altérations inflammatoires; il est mou, friable, grisâtre et offre à sa partie centrale une *masse* assez considérable, *nécrobiosée* et entourée de tissu très vascularisé dans l'épaisseur de 2 à 3 millimètres, formant comme une sorte de membrane d'élimination en voie de formation, analogue à celle qui se produit autour des séquestres. La peau qui recouvrait la portion déclive était ulcérée et une petite portion de la néoplasie faisait saillie en dehors.

Examen microscopique. — Il est dû à l'obligeance de M. Malassez. A la périphérie, la trame est formée de tissu conjonctif et contient de nombreuses cellules fusiformes; dans certains points, la tumeur est formée de cellules embryonnaires rondes avec un gros noyau. Dans la tumeur assez vasculaire d'ailleurs, les vaisseaux sont formés uniquement par l'écartement des cellules et n'ont pas de paroi propre; on y trouve des coagulations sanguines.

Dans la partie profonde, existent des éléments fibreux, et enfin dans le pédicule cet élément prédomine; les éléments conjonctifs sont rares. On trouve cependant, là encore, des éléments embryonnaires disséminés.

En résumé, la tumeur présente en certains points la structure du fibrome, en d'autres celle du sarcome fasciculé.

La *description histologique* de ces tumeurs est facile à faire.

Les tumeurs, petites, de consistance homogène, sont composées uniquement des éléments du tissu fibreux, à divers degrés d'évolution, fibres larges ou étroites, rectilignes ou onduleuses, cellules rondes et cellules fusiformes du tissu conjonctif.

Le tissu élastique manque constamment.

Les fibres sont souvent très fines, elles s'entre-croisent de façon à former un tissu serré dans lequel se voient en nombre variable les cellules fusiformes.

Quand la tumeur est grosse, aux éléments figurés déjà décrits s'ajoute une substance amorphe semi-liquide ou gélatineuse en même temps. La texture du néoplasme

devient plus compliquée. Elle ne change pas pour les cloisons fibreuses qui séparent les parties molles.

Dans les parties ramollies toutes les fibres ont presque disparu, on ne voit plus que des cellules ramifiées, anasto-

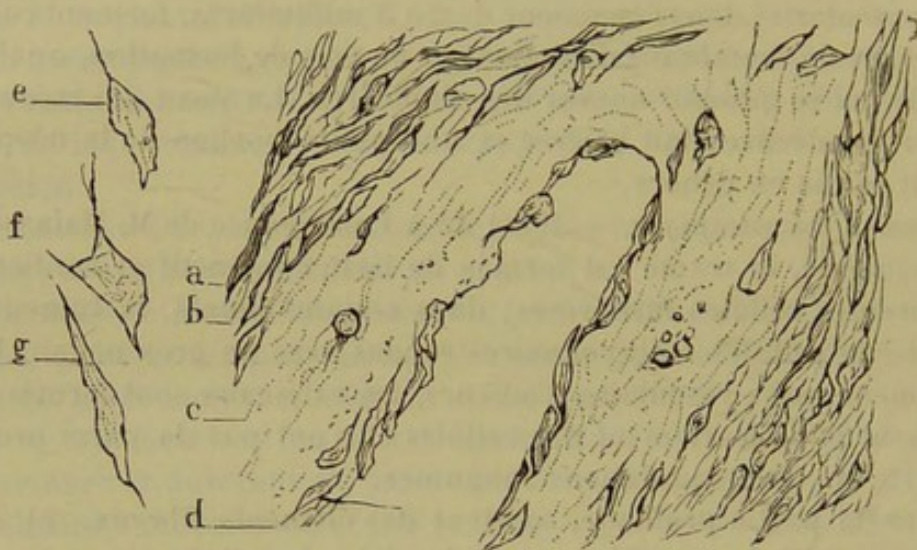


Fig. 3. — Préparation histologique de la tumeur dont l'aspect à l'œil nu est figuré page 116, fig. 2.

a. Cellules fusiformes aplaties et déformées dont le noyau est peu visible. — *b.* Fibrilles très fines et très nombreuses du tissu fibreux. — *c.* Zone transparente autour d'un vaisseau capillaire très dilaté. Une grande abondance de tissu amorphe s'y remarque. On n'y aperçoit que peu de fibrilles et quelques cellules arrondies. — *d.* Revêtement endothélial d'un capillaire. — *e, f, g.* Forme des cellules parsemées dans le tissu fibreux. — *f.* Ressemble aux cellules ramifiées des myxomes.

mosées entre elles, qui forment un réseau dans les mailles duquel est suspendue une masse gélatineuse.

Ces points ressemblent à la gélatine de Wharton ou au myxome.

Vers la limite des parties fibreuses et des parties molles, un troisième tissu peut se rencontrer. Il est formé par des amas de cellules rondes ou fusiformes qui dissocient les éléments fibreux.

Les gros vaisseaux du néoplasme ne présentent rien de spécial dans leur description.

Les capillaires peuvent, quand l'évolution des tumeurs est rapide, être formés de jeunes cellules rondes. Mais c'est là

un fait commun duquel il ne faut pas chercher à tirer de conclusion.

Trois fois la présence de fibres musculaires lisses a été signalée dans ces tumeurs par Bunzen, par Grätzer et par Duchaussoy. Nous ne pensons pas qu'il faille attacher une grande importance à cette constatation. Il est très possible, comme Sängér l'a fait remarquer dans une critique très sérieuse, que les cellules fusiformes conjonctives aient été prises pour des fibres-cellules musculaires lisses.

Dans tous les cas, s'il n'y a pas erreur, du moins le fait est exceptionnel.

En terminant la description histologique de ces tumeurs, il faut faire remarquer un fait de la plus haute importance pour le pronostic : c'est que l'abondance, dans ces tumeurs, des éléments du tissu fibreux en voie de développement, tels que les corps fusiformes, ne doit pas entraîner fatalement un pronostic grave.

Toutes les tumeurs que nous avons observées étaient composées de tissu fibreux riche en cellules.

Aucune n'a récidivé ni infecté l'économie.

DOCUMENTS SE RATTACHANT A DIVERS TITRES A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

OBSERVATION XXVI. — *Fibrome de la paroi de l'abdomen*, par VOLKMANN (1).

Apel (Clara), femme d'artisan de Salza, âgée de 28 ans. La malade a eu deux accouchements normaux et a toujours été bien portante. Au commencement de sa deuxième grossesse (il y a un an et demi) elle remarqua dans la moitié droite du ventre un peu au-dessus de l'ombilic un petit gonflement dur. Après terminaison de la grossesse normale, la tumeur s'accrut rapidement jusqu'à la grosseur actuelle sans produire de malaise spécial. Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouve dans le milieu du ventre une tumeur arrondie de la grosseur d'une tête d'homme. Elle occupe presque toute l'étendue

(1) In Herzog.

de l'abdomen, cependant on constate une plus grande extension à droite. La tumeur est d'une consistance dure, égale, de surface lisse. Son grand diamètre est dans le grand axe du corps. La peau, du reste normale et non adhérente à ce niveau, est parcourue par d'abondantes veines. La tumeur, dont la situation extrapéritonéale peut être constatée par une exploration combinée, peut être facilement déplacée avec la paroi abdominale. Si l'on presse fortement, latéralement, on peut sentir sa face postérieure; en embrassant ses faces latérales on peut la soulever.

Opération le 24 juin 1879. Incision cutanée, sur la ligne médiane, de 25 centimètres de long, qui commence juste sous l'appendice xiphoïde et s'étend presque jusqu'à la symphyse. Les deux muscles droits courent très amincis sur la tumeur et s'étalent latéralement. Celle-ci se laisse très facilement énucléer des parties environnantes, à l'exception de quelques adhérences plus solides à gauche au muscle droit et en arrière au péritoine. Le péritoine est en partie épaissi, mais il fut déchiré en un endroit sur une étendue de 6 à 8 centimètres. L'ouverture fut de suite bouchée avec le doigt et suturée au catgut. Les muscles droits furent de même suturés avec trois sutures au catgut, puis la plaie fut fermée. Drain, pansement antiseptique. Cours normal de la blessure. Il y eut à remarquer, seulement, que la malade vomit quelquefois dans la journée après l'opération et qu'elle eut le même jour une petite élévation de température. Le septième jour enlèvement des drains. La plaie guérit dans toute son étendue par première intention avec cinq pansements. Au trente-troisième jour (27 juillet) la malade sortit guérie avec un bandage.

La tumeur pesait après son ablation 3 livres un quart. Elle était arrondie, couleur de chair avec une surface lisse, était entourée d'une capsule nette que traversaient quelques fibres musculaires coupées ras; à la section le couteau grince et le tissu se montre également solide et dur. La coupe perpendiculaire est homogène, gris rougeâtre et rappelle bien le tissu *damassé* (1). La constitution microscopique est celle d'un pur fibrome.

OBSERVATION XXVII.— *Extirpation eines Fibroms der Vorderen Bauchwand* (*Extirpation d'un fibrome de la paroi antérieure de l'abdomen*), par le Dr K.-V. ROKITANSKY (2).

Dans le cas actuel il s'agissait d'un fibrome de 17 kilogrammes de

(1) Volkman a donné le premier le terme de comparaison avec le tissu *damassé* qui nous paraît excellent.

(2) Cette observation est remarquable par l'énorme volume de la tumeur (*Wieuer medicinische Presse*, 1880, p. 104 et 140).

la paroi abdominale antérieure qui occasionnait un colossal (*Hängebauch*) ventre pendant.

Tous les symptômes cliniques étaient tels que, sans songer à la possibilité d'une erreur, je fis le diagnostic : ovaire kystique avec ventre pendant.

Je me croyais d'autant plus sûr que, la malade racontait positivement avoir été déjà, pour son gros ventre, chez un spécialiste reconnu comme autorité à Vienne et être retournée dans son pays avec le diagnostic tumeur des ovaires.

Les fibromes de la paroi abdominale antérieure ne se rencontrent pas souvent. Un aussi colossal que celui de mon observation doit certainement se mettre parmi les raretés.

Cela peut bien être un sujet de recherches. Dans les livres des maladies des femmes, le fibrome de la paroi se trouve à peine désigné parmi les affections très diverses dont le diagnostic différentiel avec le *kystome* est le plus souvent traité avec une grande précision.

Je ne connais aucun cas dans lequel, à la suite de confusion avec une tumeur de l'ovaire, il s'agisse de l'extirpation d'une si grosse tumeur.

Madame Josepha Z..., âgée de 52 ans, mariée depuis 28 ans, bohémienne, fut reçue à l'hôpital Marie-Thérèse le 30 octobre 1879. Elle a accouché 6 fois, la dernière il y a 18 mois.

Les grossesses eurent un cours normal. Lors de ses couches elle resta toujours 3 semaines au repos à cause de sa faiblesse. La menstruation apparue à la seizième année fut constamment régulière, abondante, sans douleur, d'une durée de 5 à 6 jours, la ménopause est survenue depuis un semestre. Depuis 6 ans la malade a remarqué que son ventre était plus gros (l'augmentation de volume commençait à droite). Depuis 2 ans il n'augmente plus et depuis le même temps elle peut à peine marcher, la station verticale n'est possible que pour un laps de temps court et au prix de beaucoup d'efforts. Dans ces derniers temps elle ne maigrit plus. L'appétit et le sommeil sont assez bons, les selles et l'urine sont normales.

État présent. — Femme gaie, de taille supérieure à la moyenne, intelligente, modérément amaigrie, pouvant à peine marcher. Debout, la malade cherche constamment quelque point pour s'appuyer. Dans le décubitus horizontal, son ventre grossi par une tumeur ferme et élastique, qui commence à 2 travers de doigt sur l'ombilic, recouvre ses cuisses jusqu'au genou. Si elle écarte les jambes la tumeur tombe dans l'écartement. A 33 centimètres au-dessous de l'ombilic, la peau commence à devenir hypertrophique dans une étendue de 33 centimètres de haut en bas sur 31 centimètres de droite à gauche. En

ce point fort œdème et dureté ligneuse. Nombreuses veines très dilatées.

Les diverses mesures étaient : de l'apophyse xyphoïde du sternum à l'ombilic 21 centimètres; de l'ombilic à la symphyse 76 centimètres; à gauche de l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque à l'ombilic 27 centimètres; à droite 42 centimètres. La plus grande circonférence du ventre à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic était 86 centimètres, le ventre étant soulevé des cuisses autant que possible. A droite au-dessous de l'ombilic sont deux tumeurs lobées, mobiles, indolores, du volume du poing, circonscrites. On crut qu'elles appartenaient à la grosse tumeur et qu'elles étaient venues sous la peau par les orifices de la paroi abdominale.

Nulle part de fluctuation proprement dite.

A la percussion, le son est mat dans l'étendue de la tumeur; cavitaire dans les deux flancs, pendant le décubitus horizontal; tympanique dans le haut des hypochondres si la femme se met sur le côté.

Rien de particulier à l'auscultation.

Si la malade s'assied, le bas-ventre descend au genou. Les deux culs-de-sac vaginaux sont vides, l'utérus est à hauteur normale, en rétroversion, sa cavité a 7 centimètres de long. Les mamelles sont normales.

Du 1^{er} au 13 novembre, état général assez bon. La température oscille 37° entre et 37°,3. On administre plusieurs bains chauds.

Le 13 novembre, à onze heures du matin, je vins avec la ferme persuasion de faire l'ovariotomie avec l'aide amicale de MM. les Drs Kumar, Wimmer, Fink et Szuberla.

Narcose profonde et tranquille qui fut troublée au début seulement par un effort de vomissement. Incision de 30 centimètres sur la ligne blanche commençant à 30 centimètres de l'ombilic. Sa partie inférieure tomba dans le tissu sclérosé et œdématisé. Nous vîmes que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de cette région, en raison de l'infiltration séreuse, avaient une épaisseur de 10 à 12 centimètres. Les mailles du tissu cellulaire étaient séparées les unes des autres par des espaces du volume d'une noisette remplis de sérosité. Forte hémorrhagie par de nombreuses veines et artères dilatées qui sont de suite saisies par les pinces.

Comme l'épaisseur et la consistance ligneuse de la paroi abdominale, dans la partie inférieure de l'incision, ne permettaient pas un écartement des lèvres de la plaie, des manœuvres extérieures pour atteindre la tumeur et l'isoler suffisamment devenaient impossibles. Aussi l'incision fut-elle prolongée de 15 ou 16 centimètres dans les tissus normaux vers l'ombilic. Ensuite la séparation des aponévroses divi-

sibles en nombreux feuillets, parcourus par de nombreux vaisseaux dilatés, fut entreprise, de la manière habituelle, sur toute l'étendue de la tumeur. *Il sembla plusieurs fois que l'on atteignait le péritoine pariétal.* Enfin, on arriva sur la tumeur, qui fit saillie dans les lèvres de la plaie ; c'était une masse jaunâtre solide, sans fluctuation en aucun endroit, peu riche en vaisseaux. Il sembla que l'on avait ouvert la cavité abdominale, car la dernière enveloppe du néoplasme avait une ressemblance frappante avec un péritoine pathologique comme on peut le rencontrer, après les tumeurs intra-péritonéales existant depuis longtemps. Avec la main la tumeur se laissa, par places, assez facilement séparer de ses adhérences, mais par places, aussi, ses soudures étaient très solides et ne pouvaient être rompues qu'avec l'emploi de la force. A d'autres endroits, c'étaient de véritables adhérences ligamenteuses parcourues par d'énormes vaisseaux dont l'ouverture était faite entre deux ligatures.

Après que la tumeur eut été libérée sur une grande étendue, après que la main eut soigneusement exploré une très grande surface, comme aucun intestin n'avait été aperçu, il devint évident que l'on était en présence d'une erreur de diagnostic, et que la tumeur devait avoir une origine extra-péritonéale. La dénudation ultérieure de la tumeur eut lieu après une lutte constante contre des prolongements plus ou moins épais de fascias enfoncés dans les nombreux plis de la tumeur. Il y avait par places des veines du volume du petit doigt et des artères du volume de la radiale qu'il fallut sectionner entre deux ligatures.

Les tumeurs indiquées, dans *l'état actuel*, à droite au-dessus de l'ombilic se montrèrent comme des prolongements directs de la tumeur qui s'étaient accrus à travers des éraillures de la paroi abdominale et avaient peu à peu atteint le volume précité ; en effet, aussitôt après l'incision de l'anneau fibreux épaissi qui limitait leur pédicule court et étroit, il fut possible de les développer. Deux autres prolongements semblables qui n'avaient pas été accessibles à la palpation furent trouvés à gauche vers le bas-ventre. Après l'examen de ces derniers qui étaient tournés vers le péritoine, on trouva que la tumeur était unie à la séreuse, dans l'étendue de la paume de la main, si intimement que son ablation complète était impossible sans blessure du péritoine. Il se produisit donc une grande perte de substance et plusieurs petites. Hémostase parfaite par ligature des plus petits vaisseaux. Après s'être assuré que le sang n'a pas pénétré dans la cavité abdominale, on ferme la grande ouverture par de nombreux points de catgut très serrés.

La malade montrait déjà des symptômes de profond affaissement (injections sous-cutanées d'éther), ce qui rendit la rapide terminaison de

l'opération nécessaire. Il n'était pas sage d'employer plus de temps à la fermeture des petites ouvertures du péritoine encore restantes.

On dispose plusieurs drains dans le fond de la cavité de la plaie ; ils sont conduits en diverses places entre les sutures. La plaie abdominale est fermée par vingt-deux sutures profondes et des sutures superficielles de soie. Très grosse perte de sang.

L'opération a duré quatre heures et demie. Bandage compressif. Après l'opération très grande faiblesse. *Cognac, café noir, boulettes de viande crue.* Dans l'après-midi, à cause de fortes douleurs, *injections de morphine*, pouls à peine sensible.

Le soir nausées, léger écoulement sanguin. A la place du pansement compressif on met des vessies de glace, le sang s'arrête. T. 37°.

14 novembre. T. 37°. Pouls insensible à la radiale. Dans le courant de la journée la température monte à 39°. Collapsus plus prononcé encore, si c'est possible. Le soir, à cinq heures et demie, mort.

Examen de la tumeur. Elle est constituée par du tissu conjonctif en grande partie lâche, onduleux, par place un peu plus dur, fibreux. Les mailles sont remplies, partie d'un liquide séreux, partie d'un liquide muqueux. Les vaisseaux sont en quantité énorme. Il faut ranger la tumeur parmi les fibromes. Le tissu adipeux n'est pas visible, le point de départ doit être le tissu conjonctif sous-séreux.

Autopsie. Hémorrhagie dans la cavité abdominale, environ 150 centimètres cubes de sang liquide fraîchement épanché. Suture transversale du péritoine de la paroi antérieure très déchirée. Une petite quantité de sang fluide arrive dans la cavité d'où avait été extirpé le néoplasme. Ligature de nombreux et grands vaisseaux artériels et veineux. Anémie universelle.

OBSERVATION XXVIII. — *Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales sans adhérence au squelette.* Recueillie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. DANIEL MOLLIÈRE par M. H. DÉSIR DE FORTUNET, interne (1).

Marie C..., 21 ans, ménagère, née à la Mulatière (Rhône), entre le 30 novembre 1875 à la salle Saint-Paul, service de M. Daniel Mollière.

Comme antécédent pathologique sérieux, on ne trouve que la rougeole suivie d'une longue convalescence, à l'âge de cinq ans. Depuis lors, elle a joui d'une excellente santé.

Jamais elle n'a été occupée à des travaux pénibles. Mariée à dix-huit ans, elle n'a eu *qu'une* seule couche, dix mois après son ma-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, avril et mai 1886. Cette observation présente de l'intérêt à cause de la discussion relative au pédicule.

riage. Elle a toujours été bien réglée. On ne trouve chez ses parents la trace d'aucune diathèse.

Il y a huit mois à peine, elle constata, dans l'hypochondre droit, la présence d'une petite tumeur ayant le volume d'une amande. Elle la montra aussitôt à un médecin qui, outre divers révulsifs cutanés, lui prescrivit à l'intérieur de l'iodure de potassium. Malgré le traitement, la tumeur augmenta progressivement ; elle atteint actuellement le volume d'un œuf de poule.

On ne peut trouver, comme étiologie de l'affection actuelle, ni traumatisme, ni frottements prolongés dus à la profession. Elle a l'habitude de porter un corset, qu'elle serre modérément.

État actuel. — Le 30 novembre 1885, on constate dans l'hypochondre droit une tumeur un peu allongée dans le sens transversal, et dont le centre est situé à 5 centimètres au-dessous de la dixième côte, à 12 centimètres de la ligne médiane et à 6 centimètres de l'extrémité antérieure de la onzième côte.

La peau, légèrement soulevée à ce niveau, n'offre la trace d'aucune lésion et glisse facilement sur la tumeur. A la palpation, on sent la surface lisse et sans bosselure. La consistance très dure rappelle celle de l'enchondrome. La masse de la tumeur est facile à circonscrire ; au côté supérieur seul, il semble exister un peu d'empatement se prolongeant vers les fausses côtes ; mais la sensation obtenue est bien loin de ressembler à celle que donnerait la présence d'un *pédicule*. La tumeur est fortement fixée à sa partie profonde ; on peut à peine lui imprimer de légers déplacements.

La toux, les mouvements respiratoires, n'ont pas d'influence sur l'état de la tumeur et de ses parties avoisinantes. Elle se soulève avec les parois abdominales et s'abaisse avec elles.

M. Mollière n'hésita pas à affirmer immédiatement qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse développée aux dépens d'une des aponévroses abdominales. En effet, l'intégrité de la peau, son glissement facile, l'absence de tout engorgement ganglionnaire, la limite bien nette de la tumeur imposaient en quelque sorte le diagnostic de tumeur bénigne. Sa consistance ne pouvait laisser de doute qu'entre une tumeur de nature cartilagineuse ou de nature fibreuse. Était-on en face d'un enchondrome qui, d'abord adhérent aux cartilages costaux, s'en était peu à peu séparé, tout en lui restant fixé par un pédicule, cette sorte de migration étant favorisée par les contractions répétées des parois abdominales ? La dureté élastique du néoplasme et l'absence d'un pédicule firent pencher pour le fibrome. Mais à quel niveau la tumeur s'était-elle développée ? Sa situation superficielle et surtout le fait de n'être point entraînée près des organes internes au moment des contractions des muscles abdominaux firent penser qu'elle devait

être adhérente à l'aponévrose du grand oblique. L'ablation fut proposée à la malade qui l'accepta aussitôt.

Opération. — Le 3 décembre, la malade est anesthésiée. L'incision des téguments, au centre de la région occupée par la tumeur, est faite sur une longueur de 7 centimètres. Le muscle une fois divisé, on arrive rapidement sur le néoplasme qu'il est facile de circonscrire avec le doigt, même à la région supérieure, au niveau de laquelle on avait pu penser un instant à la présence d'un pédicule. Ce n'est qu'à la face profonde reposant sur l'aponévrose du grand oblique, au point précis où les faisceaux musculaires s'unissent au plan fibreux, que le doigt est arrêté. M. Mollière soulève alors légèrement la tumeur en la faisant basculer en bas et sectionne au bistouri les adhérences intimes du néoplasme avec le muscle et son aponévrose. Les petits vaisseaux qui laissent échapper du sang rouge sont tor-dus et, après un instant de compression, l'hémostase est complète, sans qu'il soit nécessaire de poser aucune ligature. La poche étant bien lavée avec une solution de sublimé, on achève l'opération par la suture des lèvres de la plaie et l'application d'un pansement antiseptique et compressif. Le bras est immobilisé pour éviter l'aspiration axillaire.

Les jours suivants, aucune douleur, aucune réaction fébrile.

13 décembre. Le pansement est ouvert, réunion immédiate.

Le surlendemain, fluctuation et ouverture spontanée au niveau de la cicatrice. Évacuation d'une quantité de liquide rougeâtre, à peu près égale au volume de la tumeur. Lavages antiseptiques; compression.

Le 24, réunion sans une goutte de pus. La malade sort de l'hôpital.

Examen de la tumeur. — Recouverte d'une enveloppe fibreuse peu vasculaire. A la face profonde, des faisceaux musculaires et fibreux se portent en grand nombre sur la tumeur pour la recouvrir en partie et lui adhérer si intimement qu'il est impossible de les séparer par traction simple.

Elle présente la forme d'un ovoïde dont le grand diamètre mesure 7 centimètres et le petit 4 centimètres $\frac{1}{2}$. D'une consistance très ferme, elle crie sous le bistouri. Sur la coupe les fibres entre-croisées dans toutes les directions présentent un feutrage fibreux à peu près uniforme. Sa couleur est d'un blanc mat.

Les coupes histologiques pratiquées au centre du néoplasme montrent qu'il se compose uniquement de tissu conjonctif. De longues fibres ondulées, entre-croisées, pressées les unes contre les autres, rappellent la structure des aponévroses. Les noyaux sont allongés et fortement colorés par le picrocarmin. On ne trouve pas de fibres élastiques. Les vaisseaux sont rares et peu volumineux.

Au-dessus du pédicule (1), le tissu est un peu moins dense ; quelques faisceaux musculaires, pénétrant dans le néoplasme parallèlement aux fibres conjonctives, sont englobés, étranglés en quelque sorte au milieu du tissu principal. Ils restent localisés et disparaissent complètement dans le corps même du néoplasme.

Le pédicule lui-même est formé de deux parties bien distinctes. Les coupes portant sur la portion externe n'offrent guère que des faisceaux musculaires entre lesquels, cependant, on trouve un peu de tissu conjonctif. Celles au contraire qui intéressent la portion interne ne présentent que du tissu conjonctif modelé, semblable à celui qui constitue les aponévroses et le corps de la tumeur.

« Après cet examen histologique, aussi complet que possible, l'origine de la tumeur ne doit laisser aucun doute.
« MM. Bard et Chandelux, professeurs agrégés à la Faculté de médecine, qui ont bien voulu examiner nos coupes, sont d'accord pour conclure qu'il s'agit bien d'un fibrome développé aux dépens des aponévroses.

« La tumeur, en effet, ne peut provenir du périoste de la dixième côte, car elle n'a actuellement aucune connexion avec lui. Elle s'est développée sur place sans avoir jamais éprouvé de migration.

« Son origine ne peut être dans le tissu conjonctif entourant l'aponévrose du muscle, car on ne verrait pas les faisceaux musculaires pénétrer dans la tumeur, ni les fibres conjonctives se détacher de l'aponévrose et s'unir si intimement au néoplasme, qu'il est bientôt impossible de les reconnaître.

« Enfin, la constitution même de la tumeur n'est-elle pas la reproduction exacte de la tumeur fibreuse des aponévroses ? On ne trouve que du tissu conjonctif modelé, dont les longues fibres ondulées ont cependant une di-

(1) Il est impossible de savoir ce que signifie ce mot de pédicule. Mollière a fait remarquer pendant son opération que même à la partie supérieure où on avait pu penser à un pédicule la tumeur était libre. — Il ne signale qu'une adhérence avec les muscles à la partie profonde. — Est-ce cela que M. Désir de Fortunet entend par pédicule ?

« rection générale rectiligne ; leurs différents plans s'entre-
 « croisent dans tous les sens. Les vaisseaux y sont très
 « rares. Enfin, le tissu élastique fait complètement défaut.

« Qu'on nous permette, en terminant, d'apporter à l'ap-
 « pui de ce que nous avançons les résultats de l'examen
 « histologique de deux tumeurs fibreuses, l'une siégeant
 « à la face palmaire de la main, l'autre à la région posté-
 « rieure et supérieure de l'avant-bras.

« Après cet exposé succinct des caractères cliniques
 « et histologiques des tumeurs fibreuses intra-pariétales,
 « nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

« 1° Il existe des tumeurs fibreuses intra-pariétales déve-
 « loppées aux dépens des aponévroses ;

« 2° Les fibromes des parois abdominales adhérents
 « à l'aponévrose du grand oblique sont rares ; le plus sou-
 « vent ils sont situés sous le *fascia transversalis* ;

« 3° Lorsque l'on a constaté l'union intime de la tumeur à
 « l'aponévrose, on retrouve dans le néoplasme des carac-
 « tères histologiques rappelant la trame fibreuse des plans
 « aponévrotiques ».

OBSERVATION XXIX. — *Tumeur péri-pelvienne*. — Observation recueillie dans le service de M. le Dr TILLAUX, par MARCIGUEY, interne des hôpitaux. In thèse de DAMALIX, Paris, 1886 (1).

M^{me} X..., âgée de 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 octobre 1885, salle Sainte-Marthe, lit n° 4.

D'une bonne santé habituelle, cette malade a eu un enfant en 1882. Les suites de couches furent normales. Il y a un an environ, les règles se suspendirent pendant deux mois ; elles reparurent le mois suivant et furent suivies à quelques jours d'intervalle d'une perte continue qui dura vingt et un jours. A la période menstruelle suivante, c'est-à-dire il y a huit mois, la malade ressentit, près de la crête iliaque droite une légère douleur. Elle éprouvait également un sentiment de pesanteur dans la région lombaire. En touchant le point douloureux abdo-

(1) Tillaux constate l'absence du pédicule.

minal, la malade sentit rouler, sous son doigt, une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une noisette. Elle augmentait, paraît-il, de volume au moment des règles. A cette époque, aussi, elle s'accompagnait de phénomènes douloureux du côté du membre inférieur droit.

La malade se décida à consulter M. Tillaux six mois après le début de la tumeur : celle-ci présentait alors le volume d'un œuf de poule.

Sa consistance uniforme est ferme, résistante, et donne la sensation d'un fibrome. Elle est indolente à la pression, mais il est, par contre, facile de reconnaître les points lombaires, iliaque et fémoro-cutané de la névralgie ilio-lombaire.

M. Tillaux diagnostique une tumeur *péri-pelvienne ayant probablement pour point de départ le tissu fibreux de la crête iliaque. Un pédicule semble la fixer à cette dernière.*

L'opération est pratiquée le samedi 7 novembre.

Incision dans le sens du grand axe de la tumeur. Décortication assez pénible, en raison de l'adhérence intime du néoplasme aux muscles abdominaux.

M. Tillaux parvient peu à peu, avec les plus grandes précautions, à mettre complètement à nu la surface de la tumeur. Il remarque alors qu'il *n'existe aucun prolongement du côté de la crête iliaque.* Mais à la partie supérieure et interne on trouve une expansion fibreuse très adhérente, infiltrée, pour ainsi dire, dans la gaine aponévrotique du grand droit.

La tumeur est peu à peu détachée par sa partie profonde, qui adhère peu au péritoine, et ce dernier fait bientôt saillie par l'ouverture de la paroi. On fait des lavages à l'eau phéniquée forte et on applique le pansement selon les règles de la chirurgie antiseptique.

La tumeur, examinée par M. Babinski, a été rangée parmi les fibromes.

La malade sort guérie au bout de quinze jours. Deux mois après la guérison se maintenait parfaite.

OBSERVATIONS DANS LESQUELLES ON A CRU CONSTATER L'EXISTENCE DU PÉDICULE PENDANT L'OPÉRATION (ON VERRA COMBIEN ELLES SONT PAUVRES EN DÉTAILS SUR CE POINT IMPORTANT).

OBSERVATION XXX. — *Résumé d'une communication de M. le Dr CHAIROU à la Société de chirurgie, 1864 (?)*, d'après Salesses.

Une femme de 21 ans, habitant Rueil, exempte de tout antécédent syphilitique ou strumeux, bien réglée, a eu trois enfants dans

quatre ans. Premières douleurs dans le cours de la dernière grossesse, lancinantes, ressemblant à des coups d'épingle, et siégeant dans le côté droit. Elles augmentaient pendant la marche et cessaient pendant le repos. Après son accouchement, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur qui s'accrut rapidement; les douleurs augmentaient en proportion, envahissant le bassin, les reins et la jambe, au point qu'au bout de quelques mois elle dut interrompre tout travail.

A l'examen, on constatait une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule, siégeant au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à cette arcade, ovoïde, très dure, homogène dans sa masse, à surface lisse et régulière, non adhérente à la peau qui glissait sur elle, et ayant ses deux extrémités à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'épine du pubis. La tumeur est à peu près immobile. On peut cependant lui imprimer un léger mouvement dans la profondeur. Elle est solitaire, indolente au toucher, mais une pression un peu forte y réveille une sensation pénible sans irradiation. Le diagnostic fut confirmé par Nélaton. Pendant six semaines, iodure de potassium à l'intérieur et emplâtre de Vigo sur la région de la fosse iliaque droite. La tumeur s'accroissant toujours, M. Chairou pratique l'extirpation sous le chloroforme le 23 décembre 1863. Incision de 12 centimètres suivant le grand axe de la tumeur jusque sur la tumeur elle-même, en traversant les aponévroses. Un aide écartant les lèvres de la plaie, l'opérateur saisit la masse fibreuse avec une pince de Museux et la fait soulever par un autre aide. Incision du pédicule pubien. Dissection de dedans en dehors; incision du pédicule iliaque. Réunion par première intention. Pas de fièvre, pas d'agitation, pas de fistules. La malade se levait au quinzième jour et au bout de trois semaines reprenait ses occupations. L'immobilité de cette tumeur s'explique ici par la présence des deux pédicules. M. le Dr Luys craignait la récurrence à cause de sa grande vascularisation. En 1872 la malade n'avait pas eu de récurrence. La tumeur n'adhérait pas au péritoine, mais elle se confondait en partie avec les fibres musculaires des muscles abdominaux. Elle siégeait entre le péritoine et le fascia iliaca.

OBSERVATION XXXI. — *Tumeur fibreuse profonde de la paroi abdominale. Tentative infructueuse pour éviter l'ouverture du péritoine. Fermeture de la plaie avec du catgut. Guérison*, par TERRILLON. In thèse de DAMALIX, Paris, 1886, et Bull. gén. de Thérapeutique, 1886.

M^{me} X..., âgée de 35 ans, assez grosse, bien portante, n'ayant jamais eu d'enfants, s'est aperçue depuis quatre ou cinq ans environ de la présence d'une petite tumeur qui siégeait à l'union de la région in-

guinale et de la région abdominale du côté droit. Cette petite tumeur, grosse comme le pouce, resta stationnaire ou n'augmenta que très lentement pendant deux ans ou deux ans et demi. Depuis cette époque, il y eut un accroissement assez rapide accompagné de douleurs de voisinage et de gêne dans la flexion de la cuisse sur le bassin.

La malade se décida alors à demander le secours de la chirurgie.

A son entrée à la Salpêtrière on trouve une tumeur de la grosseur du poing ayant les caractères suivants :

Elle est allongée, aplatie, et sa forme rappelle celle d'un galet. Située dans la couche sous-cutanée, elle n'a avec la peau aucune connexion.

Son bord inférieur est très voisin de l'arcade de Fallope et semble avoir avec ce cordon fibreux une connexion assez lâche.

Quand la paroi abdominale est relâchée, la tumeur est mobile dans une certaine limite. Si on fait contracter les muscles de cette paroi, on constate une fixation qui cependant n'est pas absolue. Il y a donc rapport intime de la face profonde de cette grosseur avec le plan musculaire.

Enfin cette masse est lisse, non bosselée, d'une dureté égale et fibreuse, peu douloureuse à la pression.

Depuis quelques mois, des douleurs névralgiques périphériques, survenant certains jours avec intensité, gênent beaucoup la malade qui ne peut travailler.

En présence de cette tumeur, je propose à la malade de pratiquer l'ablation, car je supposais qu'elle pouvait devenir plus volumineuse et par conséquent augmenter la gêne et la douleur.

Le diagnostic était : tumeur fibreuse de la paroi abdominale, attenant à l'arcade de Fallope, mais avec des connexions profondes inconnues du côté du péritoine.

L'opération fut acceptée et pratiquée le 15 novembre 1884. Une incision faite suivant le grand axe de la tumeur permit de la disséquer facilement dans la plus grande partie de son étendue.

On trouve un pédicule fibreux mince qui l'unissait à l'arcade de Fallope.

En arrivant vers la face profonde, je constatai une adhérence intime avec le péritoine et l'intimité était telle que, malgré tous mes efforts pour disséquer la séreuse, malheureusement amincie, et malgré la lenteur avec laquelle je procédai, cette membrane fut ouverte et j'eus bientôt une ouverture de quatre à cinq centimètres avec perte d'un lambeau de deux ou trois centimètres de large.

Immédiatement et avec les soins les plus minutieux, je plaçai sur les bords du péritoine ouvert quatre ligatures de catgut très fin, de façon à obturer complètement l'orifice. Deux tubes à drainage dis-

posés dans le fond de la plaie furent placés de façon que leur orifice fût au niveau des extrémités de la plaie. Une suture de la paroi abdominale avec le catgut et un pansement de Listér complétèrent l'opération.

Après vingt-quatre heures, le pansement fut renouvelé et les tubes à drainage coupés de façon à ne laisser que la partie superficielle. Je craignais, en laissant leur extrémité profonde en contact avec le péritoine, de provoquer la perforation secondaire de ce dernier.

La malade ne présentait aucun symptôme saillant. T. 37° 5.

Après huit jours, la plaie était complètement guérie, et la malade sortait le quinzième jour.

Je lui conseillai de porter une ceinture abdominale dans la crainte de voir se produire une hernie au niveau du point faible laissé par l'opération. Depuis elle n'a présenté ni gêne ni douleur, et elle est complètement guérie.

La tumeur examinée par M. Denucé, interne de service, était un *fibrome fasciculé très pur* et contenant très peu de vaisseaux.

OBSERVATIONS AVEC EXAMENS MICROSCOPIQUES.

OBSERVATION XXXII. — *Recueillie dans le service de M. le Dr NICAISE, par M. DUBARRY, interne du service.* In thèse de DAMALIX, Paris, 1886, page 57.

La nommée D... (Louise), âgée de 24 ans, marchande de vins, entre le 3 février 1886, hôpital Laennec, salle Chassaingnac.

Antécédents. — Père mort à 47 ans. Mère bien portante, 48 ans. Un frère en bonne santé.

De 5 à 10 ans la malade a eu par intervalles des conjonctivites peu dangereuses. Pas d'adénite cervicale.

Réglée à 13 ans. Menstruation toujours régulière. Mariée à 19 ans et demi. Une fausse couche 4 mois après. Elle se lève au bout de 8 jours, alors qu'elle perdait encore du sang. Un mois après la fausse couche, péritonite. Elle fut traitée chez elle (cataplasmes, boissons glacées, sulfate de quinine) et garda le lit pendant 2 mois.

A l'âge de 21 ans, un enfant bien portant. 21 mois après un garçon également bien portant.

Au mois d'octobre dernier, elle s'aperçut qu'elle avait dans le flanc droit une tumeur, dure, indolente, de la grosseur d'une noix.

La menstruation restait néanmoins régulière. La tumeur paraît conserver sa grosseur jusqu'au mois de décembre; à partir de ce moment elle augmente considérablement de volume.

Aujourd'hui, la tumeur occupe la région hypogastrique presque en entier.

Elle remonte à 13 centimètres au-dessus de l'arcade crurale et elle a 18 centimètres dans le sens transversal. A la palpation on la sent, pour ainsi dire, sous la main et elle paraît être tout à fait superficielle.

Elle est bilobée, le lobe droit est plus volumineux que le gauche, la ligne de séparation des deux lobes est verticale et située un peu à droite de la ligne médiane. *Un pédicule paraît* la fixer à l'épine iliaque antérieure et inférieure. On peut lui imprimer quelques mouvements de droite à gauche. Il n'existe pas de mobilité de haut en bas. Au niveau du pédicule, il est impossible d'insinuer ses doigts entre la tumeur et l'arcade crurale. Sa consistance est absolument dure. Au toucher, on constate que les culs-de-sac du vagin sont libres. Le col est légèrement porté en arrière et à droite, son orifice admet la pulpe du doigt. Il est du reste ulcéré et granuleux. L'utérus est mobile et paraît indépendant de la tumeur.

Le toucher rectal ne fournit aucun signe particulier. Depuis 1 mois la malade a perdu du sang par la vulve à trois reprises différentes.

Opération le 17 février.

Anesthésie par le chloroforme.

Incision en T à branche verticale en bas portant sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Incision du muscle grand oblique.

Dans l'épaisseur du petit oblique et du transverse se trouve la tumeur. On la décolle au moyen du bistouri boutonné; elle a forme d'une poire à grosse extrémité tournée à gauche.

Aspect rosé; consistance fibreuse.

Diamètre transversal 15 centimètres.

Diamètre vertical 9 centimètres $1/2$.

Circonférence au niveau de la partie moyenne 36 centimètres $1/2$.

La surface externe est lisse et arrondie et présente au niveau de la partie moyenne un étranglement très profond et large d'un travers de doigt.

Sur une coupe, la tumeur présente un aspect lardacé sur lequel tranchent des stries rosées verticales et transversales entre-croisées. A l'union du quart droit avec les trois quarts gauches on trouve une cavité du volume d'une noisette contenant un liquide jaunâtre.

Le 17. La malade est agitée, mais va très bien.

Le 18. La malade a dormi toute la nuit, elle va bien, mais légères douleurs au creux épigastrique.

Pouls 100. Deux vomissements aqueux.

Le 19. La malade a vomi hier trois fois dans la journée.

Elle a dormi de huit heures à minuit.

Depuis minuit vomissements fréquents, peu abondants.

Pansement. Écoulement abondant. Pas de rétention. Nettoyage et raccourcissement des drains.

La malade rend des gaz par l'anus.

Une pilule thébaïque de 1 centigramme toutes les deux heures.

Pouls 120. T. à 6 heures du matin, 38°; à 7 heures 1/2 37°,5.

Le 20. Pouls 112, moins fort que celui d'hier. Elle a vomi une seule fois et très peu. Elle a pris 12 pilules. Elle a bien dormi. Elle ne souffre pas. Elle a uriné.

La plaie est réunie. On ne laisse plus que deux fils, un dans le plan transversal, un autre dans le plan vertical.

Le tube le plus inférieur et celui de droite donnent encore un peu.

Le 21. On raccourcit les tubes, on enlève les fils. Plaie réunie. Pilules supprimées.

Le 22. Hier elle a vomi à 3 heures. Cette nuit vomissements verts (une 1/2 cuvette), insomnie, le météorisme a augmenté. Le ventre est indolent à la pression; langue un peu sèche.

Pouls 116. Lavement glycérine. Extrait thébaïque, 5 centigrammes.

Le 23. Le météorisme s'est encore accentué davantage, vomissements peu abondants contenant du lait caillé et du citron. Ils ne sont pas verts. Huile de ricin, une cuillerée. Bouillon. Jaune d'œuf. Sulfate de quinine 50 centigrammes.

Depuis lors la malade a été très bien, la température a oscillé entre 37° et 38°.

Elle guérit complètement.

« L'examen histologique de la tumeur a été fait par
« M. Delbet, interne des hôpitaux.

« On est frappé à l'examen de ces coupes des diffé-
« rences d'aspect que présentent les diverses portions de
« la tumeur, même sur des points extrêmement rappro-
« chés. En certaines régions, on ne trouve sur les coupes
« colorées au picrocarmin que des faisceaux du tissu
« conjonctif, sans fibres élastiques. Toutefois sur les pièces
« colorées à l'hématoxyline et traitées par l'acide acétique,
« on s'aperçoit que, même dans ces parties qui paraissent
« purement fibreuses, il y a entre les fibres conjonctives
« une quantité considérable de cellules fusiformes. De

« plus, au milieu de portions fibreuses on trouve des îlots
« de cellules rondes, granuleuses, sans noyau, très vive-
« ment colorées par le carmin, qui sont des cellules em-
« bryonnaires. D'autres portions de la tumeur sont com-
« posées, exclusivement, de ces cellules embryonnaires,
« les unes rondes, les autres plus ou moins allongées.
« Enfin dans de certains points très limités dont la consis-
« tance était plus molle, et qui avaient presque l'apparence
« de kystes, on trouve une structure toute spéciale. A un
« examen rapide on crut voir des cellules étoilées, anasto-
« mosées par leur prolongement et plongées dans une
« gangue amorphe. On croirait avoir affaire à un véri-
« table myxome. En examinant avec plus de soin et en
« faisant varier l'objectif, on ne tarde pas à remarquer
« que les cellules sont parfaitement rondes et aplaties. Ce
« qu'on avait pris d'abord pour des prolongements cel-
« lulaires est un réticulum très fin formé de fibres
« minces. Les cellules occupent les nœuds d'entre-croi-
« sement. C'est là une structure qui rappelle absolument
« celle du tissu adénoïde.

« En aucun point de la tumeur on ne trouve de fibres
« élastiques. Les vaisseaux présentent des particularités
« intéressantes. Leur distribution et leur structure sont
« spéciales. On n'en trouve aucun dans les parties pure-
« ment fibreuses. Ils occupent soit les îlots embryonnaires
« qu'on trouve perdus au milieu des zones fibreuses, soit
« les parties qui sont composées presque uniquement de
« cellules. Les vaisseaux ne sont pas nombreux, mais ils
« ont des dimensions considérables, ils sont de forme
« irrégulière. Sur les coupes perpendiculaires à leur
« direction, ils sont allongés. Leur plus grand diamètre
« dépasse 0^{mm},080. Aucun de ces vaisseaux n'a de paroi
« propre. Ils sont simplement limités par des cellules

« embryonnaires sans noyau qui n'ont nullement le caractère de cellules endothéliales.

« Quelle est la signification pathologique d'une pareille tumeur? quelle place doit-elle occuper dans la classification? Il n'est pas douteux qu'elle appartienne à la série des tumeurs d'origine conjonctive; mais là n'est pas la question? Est-ce un fibrome? Est-ce un sarcome? Voilà ce qu'il importe de décider. Suivant qu'on examine tel ou tel point de la tumeur, on est tenté d'en faire ou un sarcome, ou un fibrome, ou encore un fibro-sarcome. Mais à laquelle de ces dénominations doit-on s'arrêter? Il est un principe d'une haute valeur qui veut qu'on détermine les tumeurs d'après la forme la plus avancée, la plus élevée si l'on veut, qu'atteignent les éléments anatomiques dont elles sont constituées. D'après ce principe, il faudrait faire de notre tumeur un véritable fibrome. Mais ce serait supposer que toutes les parties de la tumeur, celles particulièrement qui sont purement cellulaires, auraient dû, dans un développement plus avancé, devenir fibromes. Or, c'est là une supposition que rien ne nous autorise à faire. Nous ne savons pas si ces parties cellulaires ne seraient pas restées cellulaires. Nous ne savons pas si le quelque chose d'inconnu qui arrête les cellules embryonnaires à la période cellulaire de leur développement et qui fait les sarcomes n'aurait pas agi dans ce cas particulier. De plus, le principe dont nous parlons n'a peut-être pas une valeur absolue, il ne s'appuie que sur la morphologie des éléments, laissant de côté la morphologie générale de la tumeur, sa texture, qui a bien aussi son importance, etc. »

L'auteur continue sa discussion pendant une page environ pour aboutir à ceci :

La qualification à donner à cette tumeur doit être celle

de fibro-sarcome, et ces tumeurs à développement rapide seraient capables de récidiver sur place.

OBSERVATION XXXIII. — *Fibro-sarcome de la paroi abdominale*. Observation recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le professeur DUPLAY, suppléé par M. BRUN, par H. HARTMANN, interne du service (1).

M^{me} X..., 27 ans, sans profession, entre le 9 septembre 1886, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marthe, n° 26.

Cette malade a toujours joui d'une excellente santé. On ne trouve à noter dans son existence qu'une pleurésie gauche survenue il y a 6 ans, l'ayant tenue au lit pendant 3 mois et ayant à sa suite laissé persister, pendant assez longtemps, des douleurs dans le côté gauche de la poitrine.

Quatre grossesses à terme. Les accouchements ont été faciles; l'avant-dernier seul a été suivi d'une poussée légère de péritonite. Le dernier accouchement s'est passé il y a 6 semaines sans le moindre incident.

C'est quelque temps avant le début de cette dernière grossesse, il y a un an environ, qu'elle a remarqué au niveau de la partie latérale droite du ventre, un peu au-dessus de l'arcade crurale, l'existence d'une tumeur dure, mobile et paraissant située immédiatement sous la peau.

Pendant la grossesse cette tumeur parut se déplacer, se portant en haut et à gauche de l'ombilic, puis s'étala peu à peu.

L'accroissement se fit graduellement, sans poussées à aucun moment.

Immédiatement après l'accouchement la tumeur augmenta rapidement et en 6 semaines tripla de volume. En même temps elle devint un peu douloureuse et fut le siège d'élancements. Deux bosselures nouvelles se sont, depuis lors, dessinées et la tumeur a pris des dimensions telles que la malade ne peut rester debout à cause de son poids. A part cet accroissement rapide de la tumeur, les suites de couches ne présentèrent rien de spécial, l'état général resta bon et il n'y eut pas d'amaigrissement. La malade ne se plaint, en somme, que de la tuméfaction qui existe, localement, au niveau de l'abdomen.

La circonférence ombilicale est de 116 centimètres, la distance de l'ombilic au pubis de 24 centimètres, la distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde de 24 centimètres 5, la distance de l'ombilic à

(1) *Archives de Gynécologie*, 1886.

l'épine iliaque antéro-supérieure droite 23 centimètres 5, la distance de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 29 centimètres.

Il existe là une tumeur volumineuse, aussi grosse que deux têtes d'adulte juxtaposées, convexe en avant, mais n'étant pas absolument régulière. Elle est bosselée; deux bosselures sont nettement saillantes; la plus grosse est au-dessus et à gauche de l'ombilic, l'autre au-dessous et à droite, toutes deux sont séparées par un sillon et rejoignent en bas une partie de la tumeur plus étalée que le reste et descendant ensuite jusque près du pubis.

La peau présente à la surface de la tumeur un développement veineux abondant; les réseaux bleuâtres existent surtout au niveau de la masse gauche. On note, de plus, des vergetures assez nombreuses mais peu importantes ici, la malade venant d'accoucher.

Cette peau est amincie en beaucoup d'endroits, mais peut être plissée partout. Le tissu cellulaire sous-cutané a disparu, en partie, au niveau de la tumeur. Tandis que sur les parties latérales de l'abdomen on peut, en faisant un pli entre les doigts, saisir une masse cellulo-adipeuse qui double la peau; au niveau de la bosselure supérieure gauche on ne peut plisser autre chose que la peau amincie. Au palper la tumeur est dure, sans la moindre élasticité en aucun point, sans fluctuation, ni ramollissement.

Lorsqu'on cherche les rapports de cette tumeur avec les parties profondes, on constate qu'elle jouit d'une mobilité latérale très considérable, d'une mobilité verticale presque aussi grande; cette tumeur est en somme très mobile. On peut d'autre part la soulever avec la paroi, laissant en arrière d'elle les organes contenus dans la cavité abdominale. Il est même possible, en déprimant la paroi, d'engager sur les parties latérales la main en arrière d'elle, et de constater qu'elle est convexe en arrière comme elle l'est en avant. Nulle part on ne sent de prolongement ni de pédicule vers la profondeur. Il semble donc que cette tumeur soit située dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

On acquiert encore, à ce point de vue, des renseignements importants en faisant contracter les muscles de cette paroi. Il suffit, en effet, de prier la malade de s'asseoir, en même temps qu'un aide résiste un peu au mouvement de flexion du tronc en avant, pour constater que la tumeur est absolument fixée par suite de la contraction des muscles grands droits, sans qu'elle soit le moins du monde déprimée par cette contraction. Cette tumeur paraît donc bien développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale. On peut même aller plus loin et supposer qu'elle est superficielle, car une contraction des muscles droits refoulerait la tumeur et dessinerait deux bandes musculaires en avant d'elle, si elle se trouvait développée à la face pro-

fonde de cette paroi, à plus forte raison si elle était contenue dans la cavité péritonéale.

En présence des caractères ci-dessus mentionnés, il paraît naturel d'éliminer l'hypothèse de toute tumeur intra-abdominale, en particulier celle d'un fibrome utérin, ayant acquis un grand développement par le fait de la grossesse, ce qui était l'idée du médecin qui avait envoyé la malade. Le toucher vaginal montre, d'ailleurs, que l'utérus est petit, mobile, que les culs-de-sac sont libres. Lorsqu'on communique des mouvements à la tumeur, ils ne se transmettent nullement à l'utérus; seulement, quand on la déprime, on sent, au fond du cul-de-sac antérieur, un plan résistant qui se meut avec la tumeur.

L'hypothèse d'une tumeur de l'épiploon, d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé, détaché même de l'utérus, et adhérant à la face profonde de la paroi, ne semble pas davantage soutenable ici, car, dans un cas semblable, la contraction des muscles de la paroi aplatiserait la tumeur et la refoulerait dans la cavité péritonéale.

En même temps qu'ils permettent d'affirmer l'hypothèse d'un néoplasme de la paroi abdominale, les caractères de la tumeur sont de nature à faire soupçonner l'existence d'une de ces tumeurs constituées par des masses de tissu fibreux, en voie d'évolution plus ou moins rapide, qui se développent ici comme partout où il y a du tissu fibreux, dans l'aponévrose du fascia lata, dans l'aponévrose du moyen fessier par exemple.

Certains détails de l'évolution du néoplasme engagent toutefois à ne pas le considérer comme un *fibrome pur*, et se basant sur l'augmentation de volume survenue depuis la grossesse, sur l'existence de douleurs lancinantes et d'élévation manifeste de la température au niveau de la bosselure supérieure gauche. M. Brun porte le diagnostic de *fibro-sarcome* en voie d'évolution rapide.

Quels sont les rapports exacts de la tumeur avec le péritoine? Bien qu'il soit impossible de rien affirmer à cet égard, il semble que dans ce cas on ne puisse espérer avoir affaire à une tumeur encapsulée et facilement énucléable, et on soupçonne des rapports avec la séreuse dans une étendue impossible, du reste, à préciser.

La crainte de ces rapports intimes ne pouvant dans un cas semblable, où la vie de la malade se trouvait à bref délai menacée, faire repousser l'intervention, M. Brun décide l'ablation et convient d'avance, les sarcomes jouissant d'une malignité relative, vu leur tendance à récidiver sur place, que cette ablation sera aussi large que possible, dût-elle rendre nécessaire une résection partielle de la paroi abdominale et du péritoine.

Opération. — Le 25 septembre on fait sur la ligne médiane une

incision étendue de l'appendice xiphoïde au pubis, sans intéresser la surface de la tumeur qui est parcourue de veines abondantes et très volumineuses. On décolle de chaque côté la peau et le tissu celluloadipeux sous-cutané, sans rencontrer à découvert les limites latérales du néoplasme.

La peau étant décollée du côté droit, on voit à la surface de la tumeur et se confondant bientôt avec elle les fibres de l'aponévrose du grand oblique.

Dans l'espoir que la tumeur est intra-pariétale, on fait sur cette aponévrose une incision longitudinale, mais cette incision met à nu les fibres du petit oblique. Ce muscle incisé à son tour et la cavité péritonéale ouverte, on constate qu'adhérente à la face profonde de la paroi, la tumeur plonge dans la cavité abdominale et y fait une saillie au moins aussi accentuée que celle qu'elle dessine à l'extérieur.

La main introduite dans la cavité péritonéale ayant permis de constater l'absence d'adhérences avec les parties profondes, l'incision musculaire primitive est agrandie et ramenée autant que possible vers la ligne médiane, et un mouvement de bascule exécuté lentement permet l'énucléation du néoplasme, qui n'est plus retenu que par ses adhérences à la moitié gauche de la paroi. Ces adhérences étant absolument intimes, section au ciseau des parties saines à leur voisinage, et la tumeur est ainsi détachée avec la portion de la paroi avec laquelle elle se trouvait confondue. Grâce à l'emploi de nombreuses pinces à forcipressure et de longues pinces courbes, la perte de sang a été relativement minime.

Après l'application de quelques ligatures, la paroi musculo-péritonéale est suturée aussi exactement que possible à l'aide de nombreux fils de catgut, mais cette suture est rendue difficile en raison de l'étendue de la surface pariétale qui faisait corps avec le néoplasme et qui a dû être réséquée avec lui.

Suture de la peau au fil d'argent. Deux forts drains sont placés au-dessous de la peau décollée et ressortent par deux orifices placés aux points les plus déclives de ce décollement.

Pansement de Lister. Compression comme après l'ovariotomie.

La malade est très pâle après l'opération et met assez longtemps à se remettre. 2 grammes d'éther sont injectés sous la peau. Vers deux heures elle est bien revenue à elle, se plaint de douleurs abdominales assez vives. Injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine en deux fois, à trois heures d'intervalle. Soif vive, champagne et glace. Le soir 38°,5.

26 septembre. 38°,8, coliques, quelques nausées sans vomissements, malade assez affaissée. 400 grammes d'urine depuis hier matin.

On continue glace, champagne; deux centigrammes et demi de

morphine sont donnés dans les vingt-quatre heures par injection sous-cutanée.

28 septembre. 39° le matin; 39°,2 le soir. Les coliques continuent, la malade se plaint en même temps de douleurs de reins. Elle a vomi à plusieurs reprises le champagne qu'on lui donnait.

Même traitement.

28 septembre. 39°,5 le matin. 40°,3 le soir. Vomissements bilieux se répètent. Mort dans la nuit.

A l'autopsie, gros caillot cruorique au-devant de la masse intestinale la cachant en partie. Vascularisation des anses, sans exsudat en aucun point. Rien à l'examen des divers viscères. Sur la partie latérale droite du vagin un petit thrombus du volume d'une noisette, datant du dernier accouchement.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée pèse 6 kilogrammes. Sur une coupe sectionnant toute sa hauteur, on constate qu'elle est constituée par une masse présentant partout le même aspect. C'est un tissu d'une apparence sarcomateuse, parcouru par des travées fibreuses peu épaisses, entre lesquelles fait hernie une masse plus molle, plus translucide, d'apparence œdémateuse, laissant suinter un suc à la coupe. Du côté péritonéal, la tumeur a une surface lisse, régulière, en tout semblable au péritoine sain. Du côté de la peau, elle est nettement limitée par une sorte de membrane fibreuse qui l'entoure et dont on ne peut la décapsuler. Sur les parties latérales on voit s'insérer les muscles qui disparaissent complètement à son niveau. On trouve, en effet, en haut un bout du muscle grand droit qui se perd sur la tumeur, et sur sa partie latérale droite une partie du grand oblique mesurant plusieurs centimètres de long.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par notre excellent ami Lubet-Barbon et voici la note qu'il nous a remise :

La tumeur présente la structure ordinaire des sarcomes fasciculés avec une grande prédominance d'éléments embryonnaires jeunes, dont la présence explique la marche rapide de la tumeur.

Trois points ont été principalement étudiés :

1° La partie adhérente aux muscles :

A la périphérie de la coupe, on voit les faisceaux musculaires sains, mais aplatis et comprimés en longues bandelettes sinueuses. Puis, entre les faisceaux apparaissent les fascicules conjonctifs dissociant finement les fibres; celles-ci disparaissent bientôt par places, formant des îlots musculaires bien nettement striés au sein de la masse néoplasique. Lorsqu'on avance dans la tumeur, on ne trouve plus que quelques fibres musculaires, isolées, analogues à celles qu'on observe dans la poudre de viande et qui disparaissent à leur tour.

2° Le centre de la tumeur :

Au milieu des cellules embryonnaires, fascicules conjonctifs enchevêtrés, présentant, au hasard de la coupe, l'apparence de tractus ou de tourbillons. Pas d'éléments étrangers.

3° La portion en rapport avec le péritoine :

Prédominance considérable des éléments embryonnaires, de cellules agglomérées et de substance amorphe ; mais ici, en présence d'un processus formateur très actif, quelques vaisseaux pourvus de paroi, mais sans tunique élastique. *A la limite, des faisceaux larges de tissu conjonctif adulte, présentant les caractères du tissu sous-péritonéal normal*(1). Sur les trois ordres de coupes on remarque des vaisseaux nombreux, béants, analogues à des sinus, sans parois propres, limités par les cellules embryonnaires du sarcome.

M. Brun fait suivre son observation de quelques réflexions que nous reproduisons sans vouloir les accepter comme indiscutables. « Quoique l'histoire des fibromes de la paroi
« abdominale antérieure soit aujourd'hui bien connue, l'ob-
« servation qui précède nous a, à plusieurs titres, paru
« mériter d'attirer l'attention.

« Dans la plupart des cas semblables, et Damalix en a
« dans sa thèse récente reproduit un grand nombre, les
« connexions de la tumeur sont sujettes à peu de varia-
« tions. Qu'il soit superficiel, intra-pariétal ou profond, le
« néoplasme est le plus souvent énucléable, et les adhé-
« rences péritonéales, si elles existent, exposent tout au
« plus à la dénudation de la séreuse sur une étendue va-
« riable ou à sa déchirure au niveau des points trop inti-
« mement adhérents pour être disséqués.

« Dans le cas que nous venons de reproduire, une tout
« autre disposition a été constatée. D'une part dans toute
« la portion de la paroi abdominale occupée par le néo-
« plasme, le plan musculo-aponévrotique était dans toute
« son épaisseur envahi et détruit ; seuls, quelques fais-

(1) Cette observation déjà citée dans notre chapitre anatomique est remarquable parce qu'elle indique nettement la persistance du tissu conjonctif sous-péritonéal, que nous recommandons de chercher à décoller dans tous les cas.

« ceaux du muscle grand droit antérieur gauche persis-
« taient au niveau d'une des bosselures de la tumeur, qui
« paraissait être le point par lequel se faisait son principal
« accroissement.

« Les rapports avec le péritoine étaient, d'autre part,
« des plus intimes. Il formait pour ainsi dire paroi à
« toute la portion de la masse qui proéminait dans la
« cavité abdominale et partout son adhérence était telle
« qu'il n'y avait même pas à penser à en tenter le décol-
« lement.

« C'est en raison de ces dispositions spéciales, qui ne
« se trouvent mises en relief dans aucune des observa-
« tions publiées par Damalix, que l'ablation de notre tu-
« meur a nécessité la résection de la paroi abdominale
« musculo-péritonéale dans une étendue telle que la réu-
« nion des lèvres de la plaie ainsi obtenue ne put être
« effectuée qu'avec les plus grandes difficultés. Il ne nous
« paraît pas douteux non plus que l'insuccès que nous
« avons eu à déplorer ne trouve son explication dans
« l'étendue d'un pareil délabrement.

« Serait-il, dans un cas analogue, possible de prévoir
« les difficultés qui, chez notre malade, ont été rencon-
« trées? Damalix, s'appuyant sur l'examen d'observations
« allemandes à propos desquelles Sklifossowski a fait
« d'intéressantes recherches expérimentales sur la résec-
« tion du péritoine, croit pouvoir établir que les adhé-
« rences péritonéales existent surtout dans les cas où le
« fibrome est en voie de transformation sarcomateuse.
« Dans notre cas, la transformation sarcomateuse ne pou-
« vait faire aucun doute et rien n'était plus évident que
« l'influence exercée à ce point de vue par la grosseur
« et l'accouchement. Il semble donc, toutes les fois qu'une
« semblable évolution sera constatée, que des difficultés

« opératoires spéciales devront être soupçonnées et que
« le pronostic devra être prudemment réservé. »

L'observation qui suit est fort explicite sur le siège du néoplasme :

OBSERVATION XXXIV. — *Fibrome à développement rapide de la paroi abdominale siégeant entre la gaine antérieure du muscle droit de l'abdomen (à son insertion inférieure) et le péritoine pariétal, par Säger (1).*

M^{me} H..., 25 ans. Un accouchement il y a 4 ans. Forceps. Malade pendant un trimestre d'inflammation du bas-ventre. Remarquait depuis environ un trimestre, au-dessus de la symphyse, à gauche au niveau de l'insertion inférieure du muscle droit, une tumeur solide d'un accroissement constant qui était de temps en temps le siège de très fortes douleurs. La tumeur a bien la grosseur d'un œuf de poule. Elle est sous la peau qui fait saillie et qui est facile à plisser au-dessus d'elle. Elle est presque immobile, un peu sensible à la pression, de consistance très dure. En cherchant avec les deux mains, on peut la sentir sur le plan de la gaine. Un cathéter métallique introduit dans la vessie, promené dans toutes les directions, ne touche pas la tumeur. Nombreuses brides de périmérite dans le voisinage de l'utérus. Diagnostic : *Tumeur desmoïde de la paroi.*

Opération le 23 avril 1884, en ma clinique particulière. Incision cutanée de 10 centimètres de long, à deux centimètres en dehors de la ligne blanche. Fente de la gaine antérieure du muscle droit du côté gauche, par laquelle est de suite visible la surface gris rosé de la tumeur. Celle-ci se laisse facilement décortiquer sur le milieu et les côtés. Par en haut, elle s'étendait loin dans le muscle droit qui fut traversé par une aiguille montée et lié des deux côtés. Décortication de la tumeur des tissus propéritonéal facile. Enfin détachement des expansions tendineuses de l'insertion inférieure du droit à la symphyse à l'aide de ciseaux après avoir écarté le muscle pyramidal.

Lavage de la plaie avec du sublimé, trois sutures de soie profondes, cinq superficielles après placement de tubes à drainage, guérison parfaite. Tumeur également dure. Sur sa surface, expansion ressemblant au tissu tendineux. Surface de section d'un blanc gris-rougeâtre, pauvre en vaisseaux, d'aspect damassé. Le microscope et l'œil nu donnent le même résultat.

(1) *Archiv f. Gynecologie*, Bd XXIV. H. I.

Enfin comme dernier document nous donnons l'observation de Duchaussoy, qu'il qualifie de *fibro-myome* et que nous considérons comme une rareté :

OBSERVATION XXXV. — *Fibromyome de la paroi antérieure de l'abdomen* présenté à la Société de médecine pratique de Paris, le 5 novembre 1885, et publié dans le *Journal de médecine de Paris*, n° 24, 13 décembre 1885.

M. Duchaussoy communique l'observation d'une femme de 24 ans, qui, étant venue le consulter, il y a cinq semaines, portait à la partie inférieure gauche de l'abdomen une tumeur du volume des deux poings, très dure, sans changement de coloration à la peau, existant depuis environ onze mois, et n'ayant en rien gêné une grossesse évoluant à cette époque. Lors de ce premier examen, la tumeur, qui s'étendait jusqu'à la ligne blanche, paraissait contracter des adhérences avec l'os iliaque et l'arcade crurale. Pendant trois semaines, on institua un traitement à l'iodure de potassium; non seulement on n'obtint pas de résultat, mais il se produisit une augmentation de 4 centimètres dans tous les sens. L'opération est alors résolue.

Incision longue de vingt centimètres. L'aponévrose du grand oblique incisée, on tombe sur la tumeur qui est fixe. Impossibilité de lui imprimer des mouvements. Dissection faite autant que possible avec les doigts. Adhérences solides avec la crête iliaque et l'arcade crurale. Les bosselures senties à travers la peau ne tenaient pas à la nature même de la tumeur, mais à des brides formées par les piliers de l'arcade crurale. Le muscle transverse était confondu avec la production morbide et comme dégénéré. Enucléation au bout d'une heure. A la face inférieure, le néoplasme était en rapport avec le péritoine qui a été mis à nu sur une surface carrée de 12 centimètres. L'hémostase, facile dans la plus grande partie de la plaie, le fut moins au niveau des adhérences où il fut impossible de maintenir des ligatures; aussi, suivant la méthode de Péan, M. Duchaussoy se contenta de laisser sur les points saignants des pinces hémostatiques pendant vingt-quatre heures. Rapprochement des lèvres de la plaie. Suture. Drain.

Après l'opération, douleurs immédiates dans la cuisse et le genou. Le lendemain, jusqu'au troisième jour, sueurs profuses. La plaie s'est réunie par première intention dans la plus grande partie de son étendue.

M. Duchaussoy présente la tumeur qui pèse deux kilogrammes

et, à la vue, offre l'aspect du fibrome. Diagnostic histologique : *fibromyome*; les éléments fibreux sont en petite quantité au milieu des fibres lisses. M. Duchaussoy signale, en terminant, les inconvénients de l'acide phénique qui rend rapidement les urines noires.

A M. Brochin, demandant si les injections sous-cutanées d'ergotine ont été employées, M. Duchaussoy répond qu'il n'y avait pas lieu dans ce cas. Quant aux pansements, ils ont dû être fréquemment renouvelés, tant dans les premières vingt-quatre heures, à cause de la présence des pinces, que par la suite, en raison d'un suintement séreux très considérable.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Les symptômes du début des tumeurs fibreuses de la paroi antérieure de l'abdomen échappent, souvent, à l'observation des médecins et des malades.

Nous ne connaissons qu'un petit nombre de faits dans lesquels le début soit décrit avec précision. Ce sont ceux que nous avons reproduits dans notre étiologie, nous y trouvons, comme phénomènes initiaux, les signes des diverses affections que nous avons fait rentrer parmi les causes de ces tumeurs. Ainsi, tantôt c'est la présence d'un *noyau cicatriciel induré*, consécutif à l'ouverture d'un abcès ; tantôt c'est une *rupture musculaire* caractérisée par une douleur vive et subite pendant un effort, suivie de l'apparition d'une tuméfaction ; tantôt c'est une *contusion musculaire* avec tuméfaction, tumeur et ecchymose.

Laissons de côté ces faits spéciaux sur l'explication desquels l'accord n'est pas encore absolument fait, et indiquons comment les choses se passent dans la majorité des cas.

Le sujet est presque toujours une femme ; elle a dans ses antécédents au moins une grossesse suivie d'accouchement, quelquefois des traumatismes ou des ruptures ayant porté sur les muscles de l'abdomen. Elle découvre dans la

paroi antérieure de cette région une nodosité. La peau est saine et lisse à sa surface. La nodosité est arrondie, lisse, dure et mobile. Le volume en est variable et c'est par hasard que le néoplasme est constaté.

L'*indolence* est un symptôme presque constant et de la plus grande importance. C'est pour cela que le moment où les tumeurs sont découvertes est toujours éloigné du début. Il est absolument rare que ces tumeurs soient le siège de sensibilité, et que l'apparition d'un point douloureux signale leur présence. Nous devons cependant en rappeler quelques cas, mais il faut les considérer comme une exception.

Quelques-unes de ces tumeurs étaient petites lorsqu'on les a observées pour la première fois. Langenbeck en a trouvé trois dont il a comparé le volume à un pois, un haricot, une noisette.

Esmarch en a observé une qui était également du volume d'un pois.

Bouchacourt, Tillaux rappellent la comparaison avec une noisette. Limaugé donne à la sienne un centimètre de diamètre. Mollière lui donne les dimensions d'une amande.

Le volume le plus fréquent varie entre celui d'une noix et d'un œuf de poule.

Dans certains cas, l'indolence de la tumeur et l'incurie des malades ont été telles que les tumeurs sont parvenues à un volume colossal avant d'être reconnues. Une malade d'Esmarch qui était grosse crut à l'existence d'un deuxième enfant ; elle ne fut détrompée qu'après son accouchement. Une malade de Rokitansky vit durant six ans son ventre grossir et devenir *pendant*, sans soupçonner l'existence d'une tumeur.

Quand les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale se

développent, leurs symptômes deviennent plus accusés et méritent une description détaillée.

Ces symptômes sont presque toujours locaux ; l'infection générale de l'organisme n'a jamais lieu. Les ganglions ne se prennent pas. L'état général est quelquefois altéré, mais c'est d'une manière tout à fait spéciale, en quelque sorte sous l'influence de l'action mécanique de la tumeur. Les symptômes diffèrent suivant le volume de la tumeur. Nous décrirons ceux des tumeurs moyennes qui ne dépassent pas le volume du poing et ensuite ceux des tumeurs volumineuses qui offrent quelques complications.

§ 1. — Tumeurs de moyen volume.

Le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur de forme arrondie, ovoïde ou pyriforme, aplatie en galet, allongée en cylindre. Elle est habituellement unilobulée. Sa surface est quelquefois lisse, quelquefois inégale et un peu mamelonnée. Cette tumeur est habituellement latérale, elle peut être voisine de la ligne médiane ou la dépasser un peu. Elle semble se continuer en pente douce avec les tissus sur lesquels elle repose. La saillie au-dessus de la surface de l'abdomen augmente ou diminue suivant l'état de contraction ou de relâchement de la paroi.

Cette tumeur est dure au toucher, d'une consistance un peu élastique spéciale aux fibromes. Elle ne se laisse pas déprimer par le doigt ; quelques auteurs ont comparé sa dureté à celle de la pierre, du bois ou du cartilage. Ils sont tombés dans l'exagération. Cette tumeur est d'une matité absolue, il est possible cependant par une forte percussion de percevoir la sonorité des organes profondément situés.

La peau qui recouvre la tumeur est sans altération, sans

trouble vasculaire. Quand on la pince on peut la faire glisser avec facilité sur les tissus sous-jacents, elle est quelquefois un peu amincie, mais ne présente pas de modifications de sensibilité. La tumeur elle-même est très mobile, on peut la déplacer dans tous les sens, de haut en bas, de droite à gauche et en avant et en arrière. On peut, quelquefois, la faire tourner sur son axe et juger ainsi de l'étendue de la surface profonde. La traction et la palpation combinées permettent de sentir que les muscles sont en rapport plus ou moins direct avec elle. On sent ceux-ci se tendre quand on la soulève et si elle n'est pas *éloignée du squelette on voit les tendons et les fibres musculaires former une corde qu'on a prise si souvent pour un pédicule*. On perçoit au toucher l'écartement des faisceaux musculaires qui s'insèrent à sa surface ou même les muscles qui passent au-dessus d'elle.

Quand on veut contourner profondément la tumeur, les doigts s'arrêtent contre les muscles qui l'englobent; mais si le ventre est devenu très flaccide, comme cela s'observe à la suite des grossesses, on peut la circoncrire entre les deux mains en refoulant les parois musculaires.

Il est le plus souvent impossible de pratiquer l'examen de la face profonde et on ne peut étudier que la surface extérieure.

Ces tumeurs de petit volume conservent en se développant le caractère d'indolence qui est si remarquable à leur début. La pression n'y éveille pas de souffrance.

Il est néanmoins un petit nombre d'observations dans lesquelles il nous paraît indiscutable que les tumeurs étaient douloureuses. Letailleur (d'Alençon) raconte que celle qu'il observa était très douloureuse. En général les phénomènes nerveux sont de ceux sur lesquels les obser-

vateurs insistent peu ; douleurs, élancements, piquûres, telles sont les expressions employées. Ces douleurs ne sont pas continuelles, elles reviennent par accès comme des névralgies ou dans des conditions particulières qui augmentent l'état nerveux des femmes, au moment des règles, aux changements de temps.

Il nous semble que ces tumeurs prennent une tendance spéciale à l'endolorissement quand elles siègent au pli de l'aîne et plongent dans la fosse iliaque. Il est probable qu'elles agissent alors comme des corps étrangers en comprimant les filets nerveux et les troncs nerveux qui sont si nombreux dans cette région. On observe alors non seulement l'endolorissement de la tumeur, mais des irradiations douloureuses dans le membre correspondant. Il est remarquable que de petites masses morbides provoquent déjà ces accidents. Ce sont les seuls troubles mécaniques qu'on puisse leur attribuer.

Ces tumeurs sont indépendantes des organes génitaux internes, comme on peut le constater par le toucher vaginal combiné avec la palpation des parois de l'abdomen. En prenant soin de refouler cette paroi vers le bassin il a été quelquefois possible de sentir la face postérieure des tumeurs, mais c'est un résultat auquel il ne faut pas s'attendre et qui donne peu de renseignements.

Ces divers symptômes ont certainement permis de faire le diagnostic. Il existe en outre un signe caractéristique des tumeurs des parois antérieures de l'abdomen, c'est leur *immobilisation* quand on fait contracter les muscles de ces parois.

Ce phénomène a déjà été constaté depuis longtemps. Il a été consigné dans les observations de divers auteurs, mais nous ne trouvons pas qu'on lui ait jamais attribué l'importance qu'il mérite. La tumeur, qui était très mobile, cesse

brusquement d'obéir au mouvement qu'on lui imprime si l'on fait par un moyen quelconque contracter les muscles au niveau desquels elle est développée. Le fait se produit accidentellement quand la malade tousse. On le provoque sûrement, soit en faisant asseoir le patient, soit en le laissant couché et en lui demandant de raidir son ventre ou de faire des efforts. En même temps que la tumeur s'immobilise, on la voit plonger ou devenir plus saillante suivant qu'elle siège dans une couche plus ou moins superficielle.

On a voulu considérer comme un signe de quelque valeur le fait que la tumeur ne suivait pas les mouvements respiratoires. Ce signe ne peut être utile que pour le diagnostic avec les tumeurs du foie, mais n'a pas l'importance de l'immobilisation succédant à la contraction des parois.

§ 2. — Tumeurs de gros volume.

Ces tumeurs occupent naturellement une plus grande étendue de la paroi ; elles sont souvent multilobulées, leur consistance est inégale. Elles se ramollissent par endroits et peuvent même devenir fluctuantes. Elles forment une saillie hémisphérique à la surface de laquelle la peau glisse facilement, dans les cas ordinaires. Cette membrane est amincie, elle est souvent sillonnée par de grosses veines. La tumeur est encore mobile dans divers sens, elle présente le phénomène de l'*immobilisation* pendant la contraction musculaire, mais tous les phénomènes que nous avons décrits et qui sont si faciles à observer sur les petites tumeurs deviennent plus difficiles à remarquer. Il est presque impossible de contourner la tumeur et de sentir sa face profonde ; quelquefois les muscles, au lieu de se

continuer en pente douce avec la surface extérieure, s'enfoncent dans le sillon que nous avons décrit dans certaines tumeurs en forme de bissac ou de bouton de chemise.

Si ces tumeurs s'accroissent rapidement elles peuvent être le siège de douleurs, mais moins souvent que les petites.

Les symptômes nouveaux sur lesquels nous avons à insister résultent du poids de la tumeur ou de la gêne mécanique qu'elle apporte. Il y a un sentiment de pesanteur et de tiraillement. On a vu le ventre pendre jusqu'aux genoux comme dans le cas de Rokitansky et dans un des cas de Labbé. La présence de la tumeur gêne les mouvements du tronc sur les membres et des membres sur le tronc. La malade ne peut se baisser, peut à peine marcher et est incapable de travailler.

On a signalé la compression des viscères par cette masse énorme, il en serait résulté une gêne dans l'alimentation compromettante pour la vie. Dans un cas de Thomas, un prolongement de la tumeur se dirigeait vers le diaphragme et gênait la respiration ; de tels faits sont exceptionnels. Il est plus fréquent de voir la tumeur faire saillie en dehors du ventre qu'à l'intérieur.

La distension de la peau, les frottements des vêtements à sa surface ont amené plusieurs fois des troubles de sa circulation et de sa nutrition. On a vu survenir de l'œdème, un épaissement hypertrophique avec induration considérable de la peau, et enfin des ulcérations. Celles-ci ont donné lieu à des hémorrhagies qui par leur répétition ont amené une sorte de cachexie, une anémie grave avec décoloration des tissus et teinte jaune paille.

Dans la plupart des cas de grosses tumeurs les malades se sont amaigries même sans qu'il existât d'ulcération de

la peau. On peut expliquer cette modification par la perte des mouvements et l'inquiétude morale des malades.

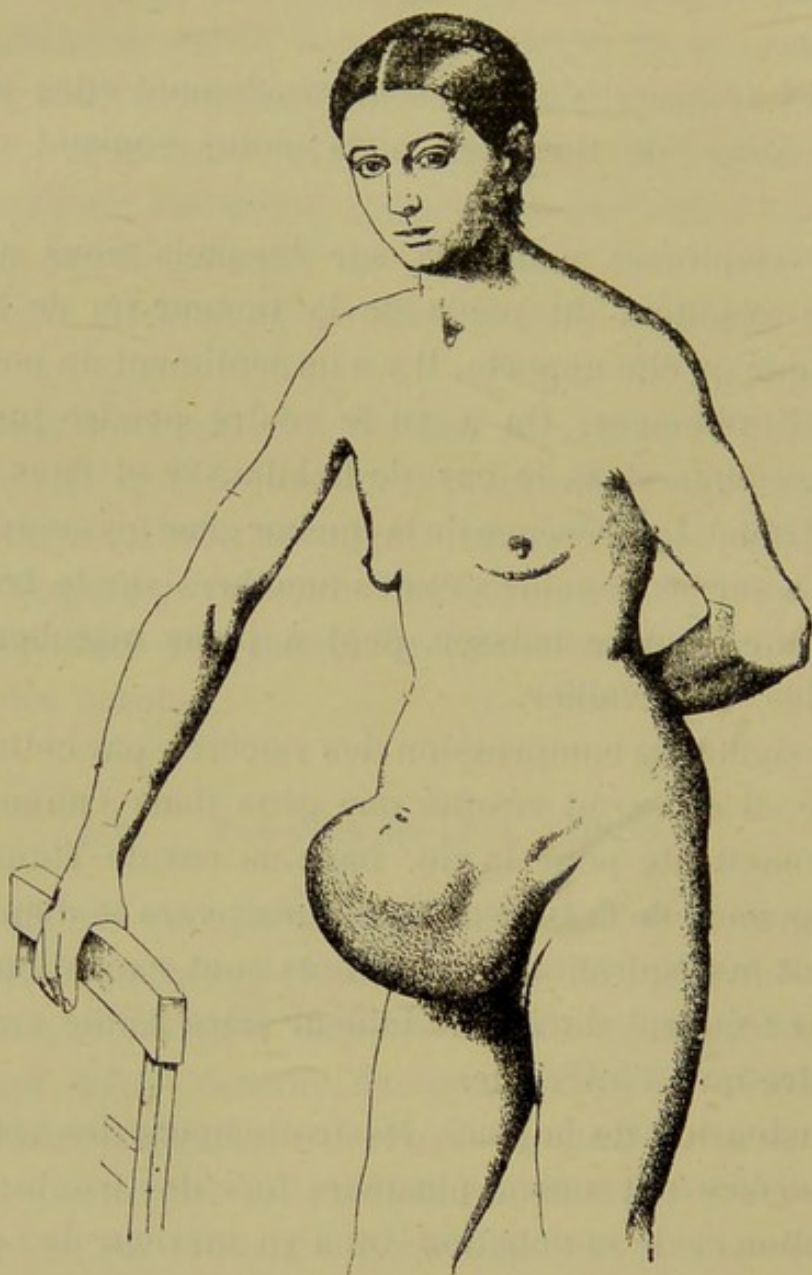


Fig. 4. — Tumeur fibreuse de la paroi abdominale avec ventre pendant (figure réduite tirée de la thèse de Cornils, obs. de Catharina Mohr).

Il n'existe pas de différence entre les symptômes qu'on observe chez les hommes et chez les femmes, si ce n'est que la paroi du ventre est moins dépressible et se prête moins à l'exploration chez les premiers.

CHAPITRE V

MARCHE, TERMINAISON ET PRONOSTIC

§ I. — **Marche et terminaison des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen.**

Les fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen, présentent, souvent, dans leur évolution deux périodes bien différentes. On en trouvera des exemples bien évidents dans les deux observations de Langenbeck en 1850, dans celle de Letailleux, 1878, dans celle de Weinlechner en 1883, dans celle de Terrillon, et enfin dans les observations 6 et 8 de Labbé.

La *première période* est lente. Le fibrome ayant le volume d'une noisette ou d'une noix reste stationnaire pendant un laps de temps très variable. On n'observe ni augmentation de volume, ni réaction des tissus voisins, ni douleurs d'aucune sorte. Cet état peut persister plusieurs années : il a pu durer quatorze ans (Paget, Limauge).

Cette phase de l'évolution des fibromes a paru si importante à quelques auteurs qu'ils en ont fait une contre-indication de l'opération immédiate.

Malheureusement elle n'est pas constante ; elle manque quelquefois, ou bien elle est brève, et nous arrivons d'emblée à l'autre période où les accidents se précipitent.

La *deuxième période* est caractérisée par un développe-

ment extraordinairement rapide, et quelquefois effrayant de la néoplasie, qui contraste avec la lenteur d'évolution et même l'immobilité du début. C'est ainsi que Santesson vit une tumeur grossir de « plusieurs pouces par mois », et que Broca en observa une autre qui, dans le cours d'une grossesse, atteignit 31 centimètres de diamètre.

Il est d'un très grand intérêt pour nous de rappeler les *raisons anatomiques de cet accroissement rapide* ; car il est regardé habituellement comme un signe de malignité pour les tumeurs solides.

Dans les *tumeurs malignes*, les *éléments* de nouvelle formation jouissent d'une puissance de reproduction inaccoutumée, et c'est par leur *foisonnement* qu'ils déterminent l'augmentation de volume.

Au contraire dans les fibromes bénins de la paroi antérieure de l'abdomen, l'augmentation de volume n'est pas seulement le résultat de la *multiplication* des *éléments figurés* du néoplasme, mais aussi de l'interposition entre eux d'une substance liquide, ou mieux gélatineuse.

Ce liquide, que Santesson signalait dès 1855, est le principal agent de l'augmentation rapide de volume. Il détermine, aussi, le changement de texture des tumeurs. Elles étaient au début des fibromes purs : elles deviennent rapidement des myxomes, où les fibres et les cellules sont disséminées au milieu d'une sorte de gélatine ; quelquefois même l'accumulation de liquide est telle qu'il se forme des kystes.

Les divers tissus composant la tumeur nouvelle subissent une distension qui ne peut aller sans néoformation d'éléments ; aussi les cellules jeunes, rondes et fusiformes du tissu conjonctif se montrent-elles en plus grande abondance ; de même apparaissent les vaisseaux sanguins, dont les parois sont formées d'éléments de nouvelle formation, et non d'un endothélium parfait.

Beaucoup d'anatomistes avaient conclu de cet aspect qu'il fallait donner le nom de fibro-sarcomes et même de sarcomes à ces néoformations. Ces tumeurs auraient changé de caractère et se seraient transformées en une espèce un peu plus grave.

En réalité nous avons toujours affaire à des fibromes, qui présentent dans leur évolution plusieurs phases, mais qui ont toujours le même caractère de bénignité que rien n'a pu leur ôter jusqu'ici.

Quelles sont les circonstances qui déterminent tout à coup l'augmentation de volume des fibromes? C'est une question encore à résoudre. Toutefois la *grossesse* semble avoir dans certains cas provoqué un développement plus rapide.

C'est pendant sa durée que le néoplasme s'est accru dans les cas suivants :

Herzfelder, 1856.

Esmarch, 1859 et 1860.

Boye, 1873.

Thomas, 1879.

Hanks, 1880.

Verneuil, 1881.

Labbé, 1884.

Broca, en 1876, a observé une tumeur qui a pris un développement de 31 centimètres de diamètre pendant la seule durée d'une grossesse.

C'est après l'accouchement seulement que l'évolution s'est accélérée dans les cas suivants :

Santesson, 1855. La tumeur débute vers la fin de la grossesse, et grossit à vue d'œil, de plusieurs pouces par mois, après l'accouchement.

Péan, 1876.

Brun, 1885.

Il faut ajouter qu'on a vu aussi la grossesse être sans

influence appréciable, comme dans le cas de Duchaussoy, 1885.

Quand ces fibromes se sont mis à grossir, ils ne s'arrêtent plus dans leur *marche*.

La *généralisation* de la tumeur n'a jamais été observée. Les ganglions ne se prennent pas. Mais il a pu exister simultanément plusieurs fibromes, ou encore deux fibromes ont pu se succéder à quelques années de distance : Labbé, 1886.

Huguier (1860) et Grätzer (1879) ont tous les deux observé deux fibromes simultanés.

Dittel (1867) a vu un deuxième fibrome survenir plusieurs années après le premier. Ce deuxième fibrome s'était ulcéré, et nous aurions, par ce fait, de la tendance à le prendre pour une tumeur maligne ; mais le malade n'avait pas d'état général, et le diagnostic anatomique du fibrome fut nettement reconnu.

Quand la tumeur a été incomplètement enlevée, il a pu se produire des récidives ; mais nous quittons ici l'histoire de l'évolution des fibromes pour entrer dans celle du traitement, où nous insisterons sur ce point.

Il ne nous est pas possible de préciser la *durée* de cette affection. Rien n'est plus variable ; car tous les faits que nous connaissons, dans leurs détails, ont été suivis d'opération. Quant aux faits de mort, suite naturelle du développement de ces tumeurs, ils nous sont complètement inconnus.

Un cas tout à fait extraordinaire, qui pourrait peut-être se rapporter à une tumeur fibreuse de la paroi abdominale est dû à Dumesnil (*Gazette des hôpitaux* de 1869). Ce chirurgien rapporte qu'une tumeur s'élimina spontanément à travers les parois abdominales par suite d'une gangrène. On crut reconnaître dans cette tumeur un corps fibreux de l'utérus ; mais rien dans l'observation ne démontre que l'utérus ait été touché.

Voici sur la durée de ces tumeurs les seuls renseignements qu'il soit possible de donner; ils sont contenus dans le tableau suivant dans lequel sont indiqués la durée et le volume de la tumeur.

	Noms des observateurs.	Durée de l'affection.	Volume, dimensions ou poids.	Influence de la grossesse.
1850.	1. Limauges.....	14 ans...	Tête d'adulte....	"
—	2. Langenbeck ..	2 ans....	Tête d'enfant....	"
—	3. Langenbeck ..	2 ans....	Tête d'enfant....	"
1851.	4. Bouchacourt..	1 an....	OËuf de poule, 50 ^{gr}	"
—	5. Santesson.....	5 mois...	17 cent. sur 15...	Accroissement après la grossesse.
—	6. Santesson.....	"	Tête de fœtus....	"
1856.	7. Langenbeck ..	2 ans 1/2.	Tête d'homme ..	"
—	8. Paget.....	14 ans...	Grosse orange...	"
—	9. Herzfelder. ...	3 ans 1/2.	Tête d'enfant, 2 li- vres.	Accroissement pen- dant la grossesse.
1859.	10. Esmarch.....	1 an....	14 cent. de haut.	Accroissement pen- dant la grossesse.
1860.	11. Gosselin.....	1 an....	8 cent. sur 9.....	"
—	12. Huguier.....	11 mois..	14 cent.....	"
—	13. Esmarch.....	1 an....	OËuf de poule...	Accroissement pen- dant la grossesse.
—	14. Nélaton.....	4 ans....	"	"
1865.	15. Esmarch.....	2 ans....	Tête d'enfant....	"
1867.	16. Dittel.....	2 ans....	Poing.....	"
1868.	17. Buntzen . . .	3 ans....	Paume de la main.	"
—	18. Buntzen . . .	1 an....	18 cent.....	"
1870.	19. Baker-Brown.	14 mois..	Tête de fœtus, 600 ^g	"
1873.	20. Billroth.....	2 ans....	"	"
—	21. Boye	14 mois..	15 à 18 cent.....	Accroissement pen- dant la grossesse.
—	22. Boye	6 mois...	15 cent. sur 6....	"
1874.	23. Billroth.....	2 ans....	Tête d'adulte, 9 li- vres 250.	"
1875.	24. Esmarch.....	13 mois..	19 cent. sur 13...	"
1876.	25. Volkmann....	3 ans....	OËuf de poule....	"
1877.	26. Bard	18 mois..	8 cent. de diamèt. dans t ^s les sens.	"
—	27. Volkmann....	1 an....	3 cent, 1/2 sur 7.	"
—	28. Sklifossovski..	1 an....	Tête d'homme...	"
—	29. Péan	8 ans....	Tête d'adulte....	"
1878.	30. Nicaise.....	4 ans....	13 cent. sur 4....	"
—	31. Letailleur....	4 ans....	3 kilogr.....	"
—	32. Volkmann....	1 an....	Tête d'enfant....	"
—	33. Thomas.....	4 mois...	22 cent. sur 15...	Accroissement pen- dant la grossesse.
1879.	34. Grätzer.....	2 ans 1/2.	Tumeur droite : tête d'enfant. — Tumeur gauche plus petite.	"

	Noms des observateurs.	Durée de l'affection.	Volume, dimensions ou poids.	Influence de la grossesse.
1879.	35. Volkmann....	1 an 1/2.	Tête d'adulte, 3 livres 1/2.	"
—	36. C. Williams...	3 ans....	Orange.....	"
1880.	37. Rokitansky ...	6 ans....	34 livres.....	"
—	38. Hanks.....	13 mois..	15 cent. sur 7....	Accroissement pendant la grossesse.
—	39. Ebner.....	6 mois...	15 cent. sur 19...	"
1881.	40. Verneuil.....	2 ans....	Les deux poings.	Accroissement pendant la grossesse.
1881.	41. Sklifossovski..	4 ans....	40 cent. ; 4107 gr.	"
1875.	42. Péan.....	3 ans....	18 cent. sur 7....	"
1876.	43. Péan ...	6 mois...	OËuf d'autruche..	Accroissement après la grossesse.
—	44. Broca.....	9 mois... (l'espace d'une grossesse.)	31 cent. de diam.	"
1883.	45. Weinlechner..	6 ans....	2 têtes d'adulte...	"
—	46. Trélat.....	5 mois..	Gros œuf.....	"
—	47. Trélat.....	10 mois..	10 cent. sur 7....	"
—	48. Bruntzel.....	10 mois..	Tête d'adulte....	"
1884.	49. Sānger.....	3 mois...	OËuf de poule...	"
1884.	50. Sānger.....	5 mois...	7 cent. de diamèt.	"
1885.	51. Tillaux.....	8 mois..	OËuf de poule.... en tous sens...	"
—	52. Nicaise.....	5 mois...	15 cent. sur 9....	"
—	53. Terrillon.....	4 ans....	Poing d'adulte...	"
—	54. Terrillon.....	1 an....	5 kilogr.....	"
—	55. Mollière.....	8 mois...	7 cent. sur 4....	"
—	56. Duchaussoy...	11 mois..	Les 2 poings.....	Pas d'influence appréciable.
—	57. Brun.....	11 mois..	2 têtes d'adultes, 6 kilogr.	Accroissement après la grossesse.
1874.	58. Labbé (1)....	2 ans....	Tête de fœtus....	"
—	59. Labbé (2)....	1 an....	Tête de fœtus....	"
1876.	60. Labbé (4)....	18 mois..	20 cent. de diam.	"
1881.	61. Labbé (5)....	2 ans....	25 cent.....	"
1883.	62. Labbé (6)....	1 an 1/2.	45 cent. sur 40...	"
—	63. Labbé (7)....	1 an....	Petit melon.....	Accroissement pendant la grossesse.
1885.	64. Labbé (8)....	2 ans....	25 cent. sur 10...	"
—	65. Labbé (9)....	10 mois..	Poing d'adulte...	"

EXEMPLE DE FIBROME RÉCIDIVÉ.

OBSERVATION XXXVI. — *Extirpation d'un fibroïde de la paroi abdominale par le professeur DITTEL (1).*

Le professeur Dittel présente à la Société royale et impériale des médecins une femme récemment opérée par lui. D'après la commu-

(1) *Allgemeine wiener medical Zeitung*, 1867.

nication, elle est âgée de quarante-sept ans. Il y a onze ans déjà elle souffrait d'une tumeur de la grosseur du poing dans la région inguinale. Elle déclara alors que la tumeur existait depuis trois ans, avait au début la grosseur d'une noix et s'était peu à peu accrue. La malade vint alors de la campagne et fut admise à l'hôpital israélite.

L'examen montra, alors, une tumeur placée dans la profondeur de la paroi abdominale dont la nature n'était pas facile à préciser, à cause de sa situation dans la profondeur des parties molles. Le professeur Wattmann fit, alors, une opération et extirpa le néoplasme avec l'assistance de Dittel. Il fut démontré que c'était un fibrome. La guérison fut bonne. Seulement à cette place survint une sorte de diastasis des parois. La malade accoucha depuis lors de quatre enfants, mais il y a deux ans une tumeur se développa au-dessus de la symphyse dans la paroi ventrale. Elle prit du volume peu à peu, rompit ses enveloppes extérieures et commença à jeter de la sanie. De fréquentes hémorrhagies jetèrent la malade très bas. Il survint de la fièvre et de la toux. La malade maigrit à vue d'œil. Dans cet état de décrépitude elle vint demander secours. La tumeur ulcérée répandait une puanteur insoutenable et empestait l'air.

Par l'examen on ne pouvait exactement déterminer, ni à quelle profondeur la tumeur s'étendait dans la cavité abdominale, ni si le péritoine était perforé. Entreprendre une opération parut demander de la réflexion. Dittel avait scrupule pour se décider, mais comme la malade la désirait impatiemment et que les suites des fréquentes hémorrhagies et de l'ulcération prenaient un caractère dangereux, il se décida enfin à la pratiquer. Elle fut entreprise le 14 octobre (1866).

Le chirurgien comprit la tumeur dans une incision elliptique, et commença à la détacher des parties molles par la partie supérieure qui atteignait presque l'ombilic. Elle siégeait sur la gaine du droit et avait déjà englobé en partie les faisceaux musculaires. La même chose existait à la partie inférieure et il fallut détacher le muscle à l'aide d'un crochet.

Maintenant restait la question de l'aspect de la face postérieure et de la profondeur à laquelle elle s'enfonçait. Dittel détachait la tumeur avec précaution à l'aide des doigts, mais pendant qu'il la soulevait pour en séparer le pédicule, deux déchirures longitudinales dans le péritoine se produisirent.

À la section du pédicule survint une hémorrhagie, vraisemblablement par suite de la section de l'artère pubienne. Celle-ci dut être liée.

Les déchirures du péritoine qui mesuraient l'une 1 pouce $1/2$, l'autre 1 pouce (4^e , 5^e et 3^e), furent réunies par une suture spéciale, puis on fit la réunion des parois. Les suites furent très heureuses et ne présen-

tèrent rien d'anormal. Bientôt l'aspect de la malade commença à s'améliorer, la toux céda, la fièvre cessa.

La tumeur extirpée, grosse comme une tête d'enfant, fut reconnue pour un *fibrome*.

La plaie est cicatrisée actuellement, et la cicatrice a ceci de particulier qu'elle a pris une forme qui est bien différente de la forme elliptique de la plaie opératoire.

La malade dont l'observation va suivre ne fut pas opérée ; le diagnostic est cependant certain. Il est intéressant de constater le rapide développement qu'a pris la tumeur pendant la grossesse.

OBSERVATION XXXVII, *recueillie dans le service de M. le professeur Broca, par SALESSES* (Thèse de Paris, 1876).

Madame Greffier (Marie), couturière, âgée de vingt-six ans, est entrée à l'hôpital des Cliniques le 1^{er} juin 1876, dans le service de M. Broca, où elle occupe le lit n^o 9. — Cette femme a toujours eu, jusqu'à ces derniers temps, une bonne santé.

Ni son père ni sa mère n'ont jamais eu de tumeur ; personne dans dans le reste de la famille n'a présenté d'accident analogue. Elle-même n'a eu ni la scrofule ni la syphilis, et n'a jamais reçu de coup dans la région où elle souffre aujourd'hui. C'est une femme peu robuste, plutôt un peu maigre, mais assez vigoureuse ; du reste, bien constituée, bien conformée. Elle a eu quatre enfants et trois fausses couches. Le premier enfant est né en 1859 : elle avait alors dix-neuf ans. Les grossesses ont toujours été parfaitement normales, et la délivrance de même. Quant à ses fausses couches, elle peut les rattacher à des circonstances bien déterminées : la première suivit une émotion extrêmement violente ; la deuxième, un effort pénible pour lever un fardeau ; la troisième, une chute. La dernière grossesse est arrivée à terme sans accident spécial autre que celui dont elle se plaint encore, et qui constitue sa maladie. Ainsi donc, pas d'antécédents héréditaires : pas de syphilis, pas de scrofule, pas de traumatisme. En avril 1875, elle était enceinte de trois mois, quand elle fit sa troisième fausse couche ; elle s'aperçut alors qu'elle portait au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure une petite tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur, dont le hasard seul lui avait révélé la présence, était dure, ronde et mobile.

Elle s'inclinait vers la fosse iliaque interne, et la malade sentait nettement et distinctement son point d'insertion à l'os des iles.

D'ailleurs, elle n'y attachait pas d'importance, puisque jamais elle n'avait rien éprouvé de gênant dans la région. Elle pouvait impunément la serrer entre les doigts et bien circonscrire ses limites. Le pédicule était très court, avait à peine un demi-centimètre de longueur et laissait à la tumeur toute sa mobilité. Dans les deux mois qui suivirent, elle grossit du double et prit le volume d'une noix.

Son médecin, croyant sans doute avoir affaire à un ganglion engorgé, lui faisait faire des frictions avec des pommades dites fondantes et notamment à l'iodure du plomb, qui, du reste, ne l'empêchèrent nullement de s'accroître. Cette femme devint alors enceinte pour la septième fois dans le courant du mois de juin 1875.

La tumeur *se mit alors à grossir très visiblement*, et son volume augmentant concurremment avec celui de la matrice gravide, donnait à son ventre une dilatation peu commune, si bien que cette grossesse fut beaucoup plus fatigante que les autres, non pas en tant que grossesse, mais par le fait de la complication. Les fonctions s'accomplissaient régulièrement, mais il lui était impossible de s'occuper même de son travail qui n'est pas très pénible (couturière).

La plus légère marche la fatiguait énormément. L'accouchement eut lieu le 20 mars 1876. Il fut facile : après quelques heures de douleurs elle était délivrée. Son enfant, quoique bien conformé, était plus grêle que les autres et n'avait certainement pas, au dire de la malade, le poids moyen. Ce défaut de développement ne peut être attribué qu'à la gêne apportée à sa nutrition intra-utérine, car au bout de quelques jours, il avait bien repris, et actuellement il se porte très bien, quoique prématurément sevré. Il a le développement habituel à son âge. A ce moment la tumeur avait le volume qu'elle a aujourd'hui. La santé générale n'a subi aucun trouble. Pas d'amaigrissement.

Depuis le mois de mars, elle a de violentes douleurs, qu'elle localise dans l'utérus avec une précision qui ne permet pas de les rapporter à la tumeur. Elles ne reviennent que la nuit; le jour elles disparaissent complètement quand elle vaque aux occupations de son ménage; mais quand elle se couche, les douleurs se font sentir de nouveau. Quand la malade marche, la tumeur se porte en avant sur la face antérieure de la cuisse. Jamais elle n'a senti d'élancement dans la tumeur elle-même, mais depuis quelque temps elle éprouve des douleurs au pli de l'aîne, qui ne présente pas la moindre excoriation ni le moindre érythème.

La cuisse droite est le siège de fourmillements continuels qui cessent à partir du genou. Ce membre est constamment engourdi. Sa température et son volume, l'état de la sensibilité, sont les mêmes que dans la cuisse gauche.

La malade a toujours eu des pertes blanches qui paraissent avoir diminué depuis ses couches. La défécation n'a jamais subi le moindre trouble. Chose plus étonnante, la miction s'accomplit très régulièrement. De prime abord on aurait peine à croire à cette intégrité de fonctions. En effet, la tumeur est énorme : elle a une forme ovoïde très nette ; sa grosse extrémité est tournée en bas, sa petite en haut et en dedans vers l'ombilic, qu'elle dépasse de 2 centimètres. Elle a 34 centimètres dans son grand diamètre et 25 depuis son bord supérieur au milieu du ligament de Poupart. Elle occupe toute la fosse iliaque interne et retombe en avant sur la cuisse en déprimant ce ligament qu'il est très difficile de sentir sous la peau. Elle est mobile en masse et adhère manifestement en bas vers l'épine iliaque et dans la fosse iliaque par une portion plus étroite dont il n'est guère possible de dire la grosseur. Si on essaye de la reporter en haut et en bas, la malade n'accuse aucune sensation intra-abdominale. Elle est indolente à la palpation. Elle est très dure, mais un peu élastique, généralement lisse dans toute sa surface accessible, c'est-à-dire dans les trois quarts, l'autre quart étant en rapport avec la cavité pelvienne. La consistance est partout la même. Sur aucun point on ne trouve de ramollissement, de fluctuation ni d'induration plus marquée. A sa surface on trouve trois bosselures peu élevées, circulaires, ayant un diamètre de 7 à 8 centimètres, ne dépassant pas le niveau général de plus d'un centimètre, mais parfaitement distinctes et présentant la même consistance que le reste de la tumeur. La peau qui la recouvre est distendue ; à cet endroit les vergetures sont moins apparentes que dans la région gauche, correspondante. Elle glisse parfaitement sur la tumeur, à laquelle elle n'adhère par aucun point. Elle n'est pas plus amincie qu'ailleurs. A sa surface rampe un réseau de veines développées, mais exactement limitées à la région de la tumeur. En déprimant les téguments par en haut et en dedans, on arrive facilement à circonscrire son bord supérieur, qui est arrondi et se continue avec une surface inférieure inaccessible. Elle dirige son extrémité arrondie (et un peu distincte du reste de la masse par une légère dépression circulaire) vers l'ombilic et le côté gauche.

Elle dépasse en effet la ligne médiane de plusieurs centimètres. Elle a le volume d'une tête d'adulte ; ses dimensions sont restées les mêmes depuis trois mois. L'utérus n'a aucun rapport avec elle ; les mouvements qu'on lui communique par le toucher vaginal ne se transmettent pas à la tumeur, qui se meut indépendamment de lui. Il n'est nullement abaissé. Les battements de l'artère fémorale ont de ce côté la même impulsion que du côté gauche.

Point d'œdème dans l'extrémité du membre. Par la toux, les fortes

expirations brusquement arrêtées, et les mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc, en un mot par la contraction des muscles de la paroi abdominale on sent la tumeur se relever par en haut vers l'intérieur de la cavité, laissant à découvert le pli de l'aîne, qui est parfaitement sain.

Dans l'esprit de Broca, la nature fibreuse de cette tumeur ne prêtait pas au moindre doute. Mais quels étaient ses rapports avec le péritoine ?

D'après Salesses, Broca n'opéra pas la tumeur et il se serait exprimé dans les termes suivants :

« Si c'était un hystérome, malgré ses dimensions je l'opérerais peut-être ; je ne craindrais même pas d'ouvrir le péritoine.

« Mais ici je n'ose ;... je ne l'opérerai pas. »

§ II. — Pronostic.

Le *pronostic* est des plus favorables.

Les tumeurs fibreuses de l'abdomen constituent une affection très bénigne.

L'opération peut donner une guérison radicale ; et c'est là un point sur lequel il est très important d'insister, la durée et le volume de la tumeur ne rendent pas le pronostic plus grave, si l'opération réussit.

Dans les cas d'opération tardive, de tumeur énorme, d'état général altéré, les chances d'infection n'ont pas été, généralement, augmentées, et le chirurgien, après avoir surmonté les périls d'une opération plus grave à cause du volume, a enregistré des succès définitifs.

Un des cas les plus probants dans ce sens est l'observation sixième de Labbé. — Une tumeur de 40 centimètres sur 45 mesurant encore plus de 20 centimètres de diamètre, après rétraction dans l'alcool, fut enlevée

en 1883, la guérison survint en 8 jours, il n'y pas eu de récurrence, jusqu'à ce jour.

Grâce à la tolérance du péritoine, ces tumeurs ne contractent jamais d'adhérences avec les organes intra-abdominaux, jamais elles ne deviennent *inopérables*.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC.

Le *diagnostic* des tumeurs fibreuses de la paroi antérieure de l'abdomen a donné lieu à un certain nombre d'erreurs. Quelquefois ce sont des tumeurs de la paroi elle-même qui ont prêté à la confusion ; ainsi : les *hématomes*, les *hernies musculaires*, les *lipomes profonds*, les *tumeurs malignes* et enfin les *tumeurs syphilitiques tertiaires*.

Plus souvent les tumeurs fibreuses de la paroi ont été confondues avec des *tumeurs de la cavité de l'abdomen* telles que : kystes de l'ovaire, corps fibreux de la matrice, tumeur de l'épiploon, tumeur du foie.

L'erreur de diagnostic la plus fréquemment commise a été celle consistant à prendre la tumeur pour un *corps fibreux de la matrice*.

Ces erreurs ont été, le plus souvent, rectifiées avant l'opération, mais deux fois elles ont persisté jusqu'à celle-ci, et les opérateurs n'ont été détrompés que vers la fin de leur intervention. Ils avaient cru à des kystes de l'ovaire, et en raison des lamelles qui forment la capsule des fibromes ils croyaient à chaque instant entrer dans le péritoine.

On trouve dans un certain nombre d'observations la trace des difficultés de diagnostic qu'ont rencontrées les auteurs. Ainsi, Limauge raconte qu'il rejeta l'idée de tumeur can-

céreuse à cause de la longue durée de l'évolution de son cas. Langenbeck repoussa l'idée d'une tumeur de l'ovaire. Bouchacourt discuta la tumeur maligne et l'engorgement ganglionnaire.

Huguier, dans sa communication à la Société de chirurgie, énuméra, à son tour, les affections qu'il ne fallait pas confondre avec les tumeurs fibreuses qu'il décrivait, ce sont toutes des tumeurs osseuses : exostoses, périostoses, ostéosarcomes, chondromes, ostéostéatomes, tumeurs vasculaires des os, exostoses libres et flottantes. La cause de cet exclusivisme est dans l'idée qu'il s'était faite du pédicule, sur lequel nous n'avons plus à insister.

Nélaton élargit la question. Bien qu'il n'eût vu que des tumeurs iliaques, il comprend dans son diagnostic différentiel les corps fibreux de la matrice, et en outre un certain nombre de tumeurs de l'aîne. Il signale les enchondromes du bassin, les tumeurs stercorales, les corps fibreux de la matrice comme faciles à reconnaître, il insiste davantage sur les tumeurs syphilitiques gommeuses de la période tertiaire.

Beaucoup plus tard, en 1879, Thomas (1), eut à combattre l'opinion de plusieurs de ses confrères qui croyaient à une tumeur venant de l'intestin, de l'estomac, ou de l'épiploon. Il fit lui-même une erreur de diagnostic en concluant à un lipome profond.

En 1880 Hanks (2), rencontra des difficultés semblables.

La même année Rokitansky opéra une tumeur fibreuse des parois qu'il avait prise pour un kyste de l'ovaire; et plus tard, en 1883, Weinlechner commit la même méprise et ne fut détrompé que par l'opération.

Après l'énumération des variétés de lésions avec les-

(1) *American journal of obstetrics*, T. XII, p. 598, 1879.

(2) *Ibidem*, T. XIII, p. 126, 1880.

quelles ont été confondues ou différenciées les tumeurs fibreuses de la paroi antérieure de l'abdomen, il est intéressant de chercher à connaître les moyens de diagnostic dont se sont servis nos prédécesseurs.

Limaugé s'est contenté des renseignements sur la lenteur de la marche de la tumeur qu'il observait.

Langenbeck, dans le seul cas où il traite du diagnostic, indique : qu'il a pratiqué le toucher et reconnu que la tumeur était indépendante des organes génitaux.

Le premier essai de diagnostic nous est donné par Bouchacourt dans son observation. Il mérite d'être publié en entier. Il montre que la grande préoccupation des chirurgiens de cette époque était de prévoir les rapports de la tumeur avec le péritoine. Il montre aussi que les moyens dont ils disposaient n'étaient pas toujours d'une grande valeur et ne pouvaient leur donner la certitude.

Voici comment s'exprime l'élève de Bouchacourt qui a publié son observation :

« Pour ce qui regarde la situation de la tumeur, M. Bouchacourt constatant d'une part que la peau qui la recouvrait était mobile et non adhérente, et d'une autre part que la tumeur se déplaçait lorsque l'on faisait contracter les parois abdominales, déclare avoir affaire à une tumeur développée dans l'épaisseur des fibres aponévrotiques et musculaires du grand et petit oblique et du transverse de l'abdomen.

« Ce n'était pas encore assez d'établir sa situation par rapport aux muscles, il fallait aussi, et c'était là la chose la plus importante, bien rechercher si la base n'avait pas déjà contracté des adhérences avec le péritoine; ce point de diagnostic délicat et minutieux était, comme on le pense bien, extrêmement utile à connaître. Comme la tumeur était mobile, et que par la palpation on lui faisait

« éprouver des mouvements alternatifs de va-et-vient;
« comme elle ne gênait en rien la défécation et qu'elle ne
« provoquait ni dérangement du côté de l'estomac, ni dou-
« leurs sourdes et profondes dans la fosse iliaque gauche;
« comme, en un mot, on pouvait avec la main la soulever
« et sentir alors la base implantée dans l'épaisseur des
« muscles ci-dessus indiqués, M. Bouchacourt déclara
« qu'elle était située au-dessus du péritoine, et que, si
« « par cas » elle avait déjà contracté quelques adhérences
« avec cette séreuse, elles ne devaient pas être très fortes
« et céderaient facilement sous l'influence de quelques
« faibles tractions exécutées au moment de l'extirpation
« de cette tumeur.

« Ce premier point vidé, restait à reconnaître sa nature,
« circonstance qui devait aggraver ou rendre le pronostic
« plus favorable. Ne constatant point de douleurs lanci-
« nantes, prenant en considération la marche de la maladie,
« le fait qu'il n'existait nulle part aucune glande engorgée
« et que la malade ne présentait pas la peau jaunâtre ni les
« traces de l'affection cancéreuse, M. Bouchacourt fut con-
« duit à admettre l'existence d'une tumeur fibreuse, du
« genre de celles que M. Lebert a désignées sous le nom
« de fibro-plastiques.

« Cette tumeur était-elle le résultat de l'engorgement
« d'un ganglion lymphatique? M. Bouchacourt ne le pense
« pas; car, outre que les ganglions lymphatiques sont peu
« nombreux dans le lieu où siégeait la tumeur, il est pro-
« bable que si l'on eût eu affaire dans ce cas à un engorge-
« ment ganglionnaire, on aurait dû trouver la présence de
« quelques autres ganglions plus ou moins volumineux :
« cela n'existait pas. »

Santesson indique clairement un moyen de reconnaître
que la tumeur est dans la paroi. Il fait *relâcher les parois*

du ventre. Saisissant, alors, dans un pli transversal la paroi musculaire, il voit qu'il *déplace le néoplasme en tirant sur les muscles.*

Huguier ne nous apprend rien de nouveau. Il constate que la tumeur est mobile avec les parois, qu'elle en suit les mouvements pendant la toux, les respirations profondes. Il s'assure également qu'elle est indépendante des organes génitaux internes.

Il n'y a rien de remarquable non plus dans Nélaton. Il cherche à établir le diagnostic différentiel des diverses affections des parois et de la cavité abdominale. Il distingue l'enchondrome par la palpation de la surface des tumeurs, les ganglions engorgés par leur multiplicité habituelle. Les douleurs, l'altération des couches cutanées, leur adhérence, lui permettent de reconnaître les gommès.

Quant au diagnostic du siège intra ou extra-péritonéal du néoplasme, il n'y insiste pas; il lui semble facile. Le toucher vaginal combiné avec le palper de l'abdomen lui permet de choisir entre les fibromes de la matrice et ceux de la paroi abdominale.

De même Buntzen affirme que le diagnostic est facile. Buntzen rappelle aussi que ces tumeurs peuvent se mouvoir avec toute la paroi abdominale; plus elles se rapprochent de la surface extérieure, plus elles ont de mobilité. Il est plus difficile de constater cette mobilité, quand elles sont profondes.

En 1873, Billroth, le premier, signale un moyen de diagnostic précis. Après avoir fait remarquer que la tumeur est mobile avec les parois, il ajoute que sa *mobilité diminue* beaucoup quand *le ventre est tendu*, et il en conclut que la tumeur adhère aux muscles. Depuis lors nous voyons fréquemment reparaître ce signe.

En 1878, Nicaise a recours au même moyen de diagnostic que Billroth, c'est-à-dire à l'immobilisation de la tumeur par la contraction des parois abdominales.

Verneuil (1881), et un peu plus tard Brun (1886) constatent que la tumeur est immobilisée quand la patiente s'assied sur son lit.

Terrillon (1886) indique à son tour la différence de mobilité de la tumeur suivant que les muscles sont relâchés ou contractés. Très mobile pendant le relâchement musculaire, la tumeur est presque immobile au moment de la contraction.

Tels sont les moyens de diagnostic que nous voyons successivement apparaître ; mais ils sont bien interprétés par quelques chirurgiens seulement, et nous pouvons assurer que la plupart des observateurs sont encore dans l'incertitude ; nous en citerons seulement comme preuve le cas de Rokitansky. Après l'opération, qui lui a fait reconnaître son erreur, il cherche à savoir comment il aurait pu l'éviter. Voici ses réflexions : on y verra qu'il manque de points de repère.

Rokitansky écrit à la suite de son observation :

« De cette communication il ressort qu'il est des circonstances où les choses vont tristement pour la sûreté du diagnostic des tumeurs de l'abdomen...

« Après ce que nous a montré l'opération, une question s'impose. Parmi les symptômes reconnus, soit isolés, soit groupés, ne pourrait-on trouver un point de repère pour établir son diagnostic ?...

« Pouvions-nous le rencontrer : dans la coïncidence d'un ventre *pendant*, avec un vagin normal et un utérus en rétroversion sans élévation anormale ; ou dans la présence de deux tumeurs à droite de l'ombilic ; ou dans l'amaigrissement modéré comparé à la longue

« durée de la maladie et l'énorme volume de la tumeur? »

« L'exploration rectale par introduction de la moitié ou de la totalité de la main nous aurait-elle donné un résultat plus digne d'attention que l'examen vaginal? »

Après avoir lu ces réflexions de l'auteur, il nous semble qu'aucun des moyens qu'il propose n'aurait pu le conduire au diagnostic.

Weinlechner, qui commit la même erreur que lui, trois ans plus tard, et qui eut aussi le courage de la publier, s'est rendu un compte plus exact de ce qu'il aurait dû faire pour l'éviter.

Weinlechner expose aussi, en quelques lignes, les moyens qui lui paraissent bons pour établir son diagnostic, et qu'il se reproche d'avoir négligés.

« Une tumeur qui avait débuté en haut, sous les côtes, comme la malade l'affirmait, ne devait pas appartenir aux organes sexuels... »

« L'adhérence de la tumeur à la paroi abdominale est un signe important, si, en même temps, il n'y a pas de fixation aux organes génitaux. Car les adhérences des tumeurs malignes de l'utérus ou de l'ovaire ne se présentent pas sans adhérences dans le bassin... »

« La présence d'un ventre *pendant* est plutôt en faveur d'un prolapsus déterminé par une tumeur de la paroi, surtout quand les organes génitaux ne présentent aucune déviation en rapport avec la direction de la tumeur... »

Mais Weinlechner lui-même est dans l'incertitude, car à côté de ces sages considérations il en émet deux ou trois autres qui sont loin d'avoir la même valeur : ainsi, il se reproche de ne pas avoir recherché si les ovaires étaient libres et isolés.

En réalité, le *diagnostic* des tumeurs fibreuses de la paroi

antérieure de l'abdomen ne présente pas de grandes difficultés dans la plupart des cas.

Le diagnostic des adhérences de la tumeur avec le péritoine ne nous occupera pas autant qu'il a occupé les premiers chirurgiens. Notre principale raison pour agir de la sorte est qu'il n'y a pas de signe certain de la soudure de la séreuse avec le néoplasme ; aucun auteur n'en a indiqué.

On ne peut rien préjuger d'après le volume de la tumeur, car il en est qui se sont trouvées adhérentes malgré leur petit volume, et de grosses, au contraire, se sont laissées détacher facilement.

Le siège topographique de la néoplasie peut seul servir à établir des probabilités.

Dans notre description des rapports du péritoine avec la face postérieure des parois abdominales, nous avons indiqué qu'une couche celluleuse sous-péritonéale présentant une certaine épaisseur se trouvait, seulement, dans la partie inférieure de l'abdomen, et qu'il existait, en outre, trois trainées celluluses l'une sur la ligne blanche et les autres sur le côté externe des muscles droits.

C'est seulement lorsque la tumeur se trouvera au niveau d'un de ces points qu'on pourra la supposer non adhérente à la séreuse. Encore ne doit-on attribuer de l'importance qu'à la couche celluleuse de la partie inférieure qui se continue avec celle de la fosse iliaque ; les autres trainées celluluses sont trop peu importantes.

Fait très curieux, et qui montre bien la valeur de cette disposition anatomique, dans le tableau statistique que nous avons fait des blessures du péritoine à la suite de l'ablation des tumeurs de la paroi abdominale antérieure, 23 fois sur 26 la tumeur occupait, au moins en partie, les régions élevées de l'abdomen.

**Statistique de cas de blessure du péritoine par suite
d'adhérence de la tumeur à la séreuse.**

Nom de l'auteur.		Volume du fibrome.	Siège du fibrome.
Langenbeck .	1850.	Tête d'enfant.....	Région iliaque droite.
—	1850.	Tête d'enfant.....	Région ombilicale, à gauche.
—	1856.	Tête d'homme.....	Région ombilicale, à gauche.
Esmarch.....	1859.	14 cent. de haut.....	Ligne blanche, sous l'ombilic.
—	OEuf de poule.....	Région ombilicale, à droite.
—	Tête d'enfant.....	De l'ombilic à la symphyse.
Dittel.....	» ?	Au-dessous de l'ombilic.
Baker Brown.	»	Tête de fœtus.....	De l'ombilic au pubis.
Boye.....	1873.	15 cent. sur 18.....	Entre les fausses côtes et l'ombilic.
Boye.....	1873.	15 cent. sur 6.....	Région ombilicale, à gauche.
Billroth.....	»	Tête d'adulte.....	Du thorax à l'aîne.
Esmarch.....	1875.	19 cent. sur 13.....	Région ombilicale.
Sceparovicz..	» ?	Hypogastre.
Volkman... ..	1877.	3 cent. 1/2 sur 7....	Région ombilicale, à droite.
Sklifossovski.	1877.	Tête d'homme.....	Moitié gauche de l'abdomen.
Grätzer.....	»	Poing.....	Hypochondre gauche, jusqu'à 3 doigts du bassin.
Volkman... ..	1879.	Tête d'homme.....	Ligne médiane, et à droite.
Rokitansky..	»	34 livres.....	Tout l'abdomen.
Ebner.....	»	15 cent. sur 19.....	Région ombilicale.
Sklifossovski.	1881.	4107 gr. 41 c. de diam.	Moitié gauche de l'abdomen.
Weinlechner.	»	8400 gr. 2 têt. d'adult.	Tout le côté, en haut.
Bruntzel.....	»	Tête d'adulte.....	Hypochondre.
Sänger.....	1884.	760 grammes.....	Hypochondre.
Terrillon.....	1885.	Poing.....	Aîne.
Labbé.....	1874.	Tête de fœtus.....	Hypogastre et région ombilicale.
Labbé.....	1883.	45 cent. sur 40.....	Hypochondre.

Pour reconnaître la présence d'une tumeur dans la paroi musculaire et aponévrotique de l'abdomen, la marche à suivre nous paraît être la suivante.

On constatera que la tumeur n'est ni dans la peau ni dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Le lipome, qui est fréquent dans cette région, sera facile à distinguer par ses caractères de lobulation, de pseudo-fluctuation et par la facilité qu'on a de le détacher des muscles.

En mobilisant la tumeur dans tous les sens, on s'assurera

de ses rapports avec les os. Les adhérences manquent le plus souvent; mais il faut se rappeler qu'il y a des brides qui simulent des pédicules, et qu'enfin il peut y avoir de véritables adhérences secondaires; c'est surtout au niveau des côtes que ces dernières existent.

La *situation superficielle* de la tumeur et sa *mobilité*; la *possibilité de la bien circonscrire*, sont des probabilités pour croire à son développement dans la paroi. Mais nous savons que ces manœuvres ne sont pas toujours possibles, et dans beaucoup de cas on est dans l'hésitation pour déterminer le siège intrapariétal ou intra-abdominal.

Une tumeur des viscères abdominaux pourrait être sentie à travers des parois abdominales minces, avec autant de netteté que si elle siégeait dans ces parois elles-mêmes. Existe-t-il un signe de certitude pour assurer le diagnostic dans ce cas? Nous répondrons par l'affirmative. Cependant il faut faire des réserves, et après avoir exposé le signe en question, nous indiquerons dans quelles conditions il pourrait tromper, et de quelles recherches accessoires il devra être accompagné.

Le signe de certitude, ou mieux, de presque certitude dont nous voulons parler, c'est *l'immobilisation de la tumeur pendant la contraction des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen*.

Voici de quelle manière il faut procéder. Après avoir bien constaté la mobilité, en tous sens, de la tumeur, et tout en continuant à lui imprimer des mouvements, l'observateur commande au patient de raidir ses muscles. Si la tumeur adhère aux muscles, comme c'est le cas de nos fibromes, elle devient immobile dès le début de la contraction; si au contraire elle est située dans la cavité abdominale, comme un kyste ou un corps fibreux, elle ne subit aucune modification dans sa mobilité.

La tumeur intra-pariétale pourra faire une saillie, quelquefois très marquée, pendant la contraction; la forme de la tumeur intra-abdominale sera toujours plus ou moins masquée dans les mêmes conditions.

Il est divers moyens pour déterminer la contraction des parois de l'abdomen.

On peut faire asseoir la malade.

On peut lui demander de tendre son ventre ou de faire un effort.

Une respiration profonde, une secousse de toux, un mouvement de flexion ou de redressement du tronc peuvent également produire la contraction musculaire désirée.

De la situation que prend la tumeur par rapport aux plans musculaires, contractés, on peut tirer quelques déductions.

Ainsi, fait-elle une saillie plus forte pendant la contraction que pendant le relâchement, on peut supposer qu'elle est surtout développée vers les parties superficielles.

Si, au contraire, elle s'enfonce pendant la contraction, on peut craindre qu'elle n'ait pris naissance dans les parties tout à fait profondes de la paroi et qu'elle ne fasse saillie sous le péritoine.

On pourra constater, aussi, le point d'insertion des muscles sur la tumeur, et sentir si les faisceaux musculaires s'écartent autour d'elle, ou passent devant elle, et ces données renseigneront, encore, sur la situation du néoplasme.

Quand la *tumeur est de moyen volume* les renseignements ainsi obtenus peuvent être précis et ne laisser aucun doute. La différence entre la mobilité de la tumeur, avant la contraction des muscles, ou après celle-ci, est des plus nettes.

Il n'en est plus de même quand *la tumeur est volumineuse*.

Dans quelques cas les muscles ont été tellement dis-

tendus par le poids du fibrome qu'ils ont perdu leur propriété contractile. Ils se laissent allonger, et la tumeur tombe sur les cuisses, suspendue par les muscles altérés qui lui forment une sorte de pédicule.

D'autres fois, la tumeur plonge dans le bassin quand la malade est couchée, et elle repose sur les parties solides dont elle est difficile à détacher, en raison de son poids. La contraction des parois abdominales ne modifie que bien peu ces conditions. Alors on pourra recourir à la manœuvre suivante : *On placera le malade sur les genoux et les coudes, et on verra la tumeur se détacher des parties profondes et entraîner la paroi.* Alors deviendront facilement appréciables et la mobilité de la tumeur, et les plus légères modifications imprimées par la contraction des muscles.

Ce signe était des plus manifestes dans un cas observé par l'un de nous (Labbé), qui paraît être le seul chirurgien à l'avoir utilisé.

Quant aux moyens qui consistent à déplacer la tumeur en tirant sur les muscles de la paroi, ou à tirer sur la tumeur et à constater que la paroi musculaire est tendue, ils ont pu donner des résultats, mais ils ne sont applicables que sur des ventres flaccides, pour des tumeurs petites. Ils ne sont pas d'une valeur comparable à celle de l'immobilisation de la tumeur par la contraction des muscles.

Les *signes accessoires*, qui doivent compléter le symptôme si important de l'immobilisation de la tumeur pendant la contraction de la paroi abdominale antérieure, sont variables suivant le siège de cette tumeur.

Si la tumeur est située dans les parties inférieures de l'abdomen, il faut rechercher si les organes génitaux n'ont aucun rapport avec elle.

C'est ce qu'il est, d'habitude, facile de reconnaître

par le toucher vaginal combiné avec la palpation. Cependant nous savons qu'il existe des cas embarrassants.

La tumeur peut être refoulée dans le petit bassin, à l'aide de la palpation des parois de l'abdomen, au point de venir se mettre en contact avec les organes génitaux. Toutefois cette difficulté n'est pas insurmontable, et elle ne paraît pas avoir jamais donné lieu à une erreur de diagnostic.

Si la tumeur siège dans les parties supérieures de la paroi, on peut débattre la question de l'existence d'une néoplasie tenant à l'épiploon, à l'estomac ou au foie.

Si la tumeur appartient à l'*estomac*, on observera les signes généraux et locaux habituels à ces tumeurs.

Si elle tient à l'*épiploon*, le signe de l'immobilisation de la tumeur pendant la contraction de la paroi aura toute sa valeur

Si la tumeur vient du *foie*, il faudra faire une recherche complémentaire. On suivra les mouvements du diaphragme et on verra s'il existe un déplacement simultané de la tumeur; c'est en effet un caractère des tumeurs du foie de se déplacer en suivant les mouvements du diaphragme.

Pour avoir négligé ce dernier signe complémentaire, l'un de nous, Labbé, a fait une erreur de diagnostic. Cette erreur fut acceptée par de nombreux assistants fort instruits. Il s'agissait d'une jeune femme à parois abdominales très minces, qui portait au-dessus de l'ombilic, presque sous l'appendice xiphoïde, une tumeur dure, mobile en tous sens, bien apparente, et à direction parallèle aux muscles droits. Cette tumeur était parfaitement immobilisée pendant la contraction des parois abdominales. On l'opéra comme une tumeur fibreuse, et on découvrit une tumeur du foie. Les suites de la laparotomie furent d'ailleurs très simples.

L'explication de cette immobilisation de la tumeur du foie est facile à donner. Quand nous demandons aux mala-

des de contracter leur paroi abdominale antérieure, le résultat ne peut être obtenu qu'au prix d'un effort; et il est impossible de produire un effort sans immobiliser du même coup le diaphragme : c'est un fait bien connu en physiologie. Il est donc naturel qu'une tumeur adhérente au foie soit immobilisée pendant l'effort.

OBSERVATION XXXVIII. — *Cancer du foie, pris pour un fibrome de la paroi abdominale, reconnu pendant le cours d'une laparotomie*, par LABBÉ, XI^e cas. Observation recueillie par M. PLANCHARD, interne du service.

Victorine C..., coiffeuse, âgée de 29 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 13 décembre 1886.

Antécédents héréditaires : Mère morte d'une pleurésie. Père mort d'un squirrhe de l'estomac.

Antécédents personnels : Gastralgies il y a 8 ans. Règles à 14 ans, régulières. Deux enfants. Il y a 3 ans, première grossesse; accouchement difficile, l'enfant vient mort. Grand saisissement de la mère, contraction épigastrique et depuis cette époque battements au niveau de l'épigastre.

Ces battements persistent pendant un an et la malade se montre à ses amies comme curiosité : elle avait le cœur dans l'estomac.

Il y a deux ans apparition au même niveau d'une tumeur de la grosseur d'une noix.

Il y a treize mois, début d'une nouvelle grossesse qui se passe bien; la tumeur ne gêne en rien l'évolution utérine et même la malade se trouve mieux portante qu'avant d'être enceinte. L'accouchement se fait facilement, mais depuis cette époque (il y a quatre mois) la tumeur grossit plus rapidement et la malade maigrit beaucoup.

Le 13 décembre, elle entre dans le service de M. Labbé, à Beaujon.

On trouve à l'épigastre, juste sur la ligne médiane, au-dessous de l'appendice xiphoïde, une tumeur dure, ovoïde, allongée comme un œuf. Cette tumeur assez bien limitée n'adhère pas à la peau qui n'est pas congestionnée ou vascularisée. La surface de la tumeur est irrégulière. Lorsqu'on applique la main dessus, on sent qu'elle est soulevée par des battements communiqués et de plus elle paraît se déplacer sous l'influence des mouvements respiratoires. Lorsqu'on la saisit à la main, on peut la déplacer légèrement, mais on la sent nettement descendre dans l'inspiration. On dit à la malade de faire un effort et de contracter ses muscles, on s'aperçoit alors que la tumeur est immobilisée et ne se déplace plus. La percussion, même très légère à son niveau, donne

de la sonorité. Lorsqu'on appuie sur la tumeur, on sent beaucoup plus nettement les battements et la malade ne peut plus respirer.

La malade accuse quelques douleurs dans le dos et l'estomac, mais les digestions sont bonnes. Quant à la tumeur en elle-même, elle donne une sensation permanente de *meurtrissure*. La respiration est souvent gênée; la malade ne peut se coucher sur le côté gauche sans étouffer, et très souvent elle pousse de profonds soupirs qui la soulagent. Rien au cœur, ni dans la poitrine.

Depuis quatre mois, amaigrissement rapide; la malade a perdu 15 livres; faute de forces, elle ne peut plus faire son ménage. Son caractère n'a pas changé, elle est toujours gaie et n'est pas trop tourmentée.

On fait le diagnostic de fibro-sarcome de la paroi. Un de nos collègues qui par hasard fait la numération des globules sanguins, sans examiner la malade, pose un diagnostic beaucoup plus grave à cause du nombre considérable des globules blancs du sang. Il y en a autant que chez les malades qui suppurent.

Le 21 décembre, M. Labbé procède à l'opération. La malade étant anesthésiée, il incise la peau, et la paroi qui est très mince et immédiatement il s'aperçoit que le bistouri a fait une petite ouverture au péritoine. Par cette ouverture on voit la tumeur qui est blanchâtre. M. Labbé introduit son doigt dans l'abdomen, se rend compte qu'il n'y a aucune adhérence à la paroi abdominale, que la tumeur siège dans le foie au niveau du bord antérieur, et il fait le diagnostic du cancer du foie. On se hâte de suturer le péritoine et les parois musculaires au catgut : on laisse la partie inférieure des lèvres de la peau légèrement écartées et on panse avec la gaze iodoformée.

La malade avant l'opération avait été examinée par plusieurs internes, des chirurgiens des hôpitaux, des candidats au bureau Central et nombre de médecins. Il y avait des difficultés pour l'interprétation de la nature de la tumeur, mais quant à son siège tout le monde était d'accord qu'elle était située dans les parois de l'abdomen.

Le 22, la malade va bien. Elle a toujours la même respiration de temps en temps suspirieuse.

Le 23, douleur dans l'épaule droite.

Le 24, purgation et garde-robe abondante.

La cicatrisation se fait régulièrement. La malade quitte le service le 15 janvier. La température n'a pas dépassé 39°.

Une fois prouvé que la tumeur ne vient ni de la cavité abdominale, ni de la peau, ni du tissu adipeux sous-

cutané, il faut s'assurer qu'elle est limitée aux muscles.

Le fibrome de la paroi antérieure de l'abdomen ne doit pas adhérer à la peau. Il n'y a d'exception que pour les très grosses tumeurs, et pour celles qui ont subi des traitements par les sétons ou les cautères.

Presque toujours, du moment où l'adhérence à la peau est constatée, il faut songer à une tumeur maligne à marche envahissante, ou à une tumeur syphilitique, et Nélaton a longuement insisté sur les caractères de la peau dans cette dernière affection.

« Les tumeurs syphilitiques sont généralement recouvertes par un tégument un peu altéré, la peau moins mobile qu'à l'état normal adhère un peu à la tumeur. Avec beaucoup de soins on peut constater, assez souvent, un léger changement de coloration du tégument. Enfin le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré : cet œdème est minime, mais il est appréciable. Par une pression un peu prolongée et soutenue pendant une minute environ, on obtient une légère dépression qui constitue un signe caractéristique de premier ordre. »

Ne tenant pas un compte suffisant de ces caractères, Péan enleva une tumeur très vraisemblablement syphilitique qu'il avait prise pour un sarcome.

Il s'agissait d'un homme. La tumeur siégeait au-dessus de l'épine iliaque, et la peau lui était adhérente. Elle était formée à son centre de masses caséeuses, et à sa périphérie de masses fibreuses. Elle avait le volume d'un œuf de dinde.

Le fait le plus important à signaler, c'est que très peu de temps après l'opération, on vit survenir une nouvelle tumeur dans le pharynx, et celle-ci traitée par l'iodure de potassium guérit très rapidement. Voici, du reste, le texte de l'observation.

OBSERVATION XXXIX. — *Sarcome de la paroi antérieure de l'abdomen. Ablation, guérison. Apparition cinq mois plus tard d'une tumeur du pharynx. Disparition complète après six semaines de traitement par l'iode de potassium, par PÉAN (1).*

Lanot (Jean), 45 ans, gardien de la paix, entre le 23 janvier 1875 pour se faire enlever une tumeur siégeant au-dessous de la crête iliaque du côté gauche.

Ce malade aurait joui jusqu'à présent d'une très bonne santé. Il n'aurait jamais été obligé de s'aliter et d'interrompre ses occupations habituelles. Pendant son service militaire, il n'aurait pas fait un seul jour d'hôpital. Il n'aurait jamais eu de manifestations strumeuses, jamais non plus de syphilis. Il y a deux mois seulement qu'il se serait aperçu pour la première fois de l'existence de sa tumeur.

A cette époque elle était grosse comme une noix et un peu douloureuse à la pression. Elle s'est accrue graduellement, et est devenue le siège de douleurs lancinantes spontanées, se présentant à des intervalles irréguliers, surtout quand il était fatigué.

Au bout de quelque temps survint une douleur continue, extrêmement violente, exagérée par la marche et les mouvements, s'irradiant dans toute la région ombilicale et le pli de l'aîne. D'après ce que dit le malade, elle aurait eu pour cause la compression exercée par le ceinturon, car pendant la nuit et le décubitus dorsal elle disparaissait tout à fait. Elle est devenue dans ces derniers temps insupportable et a rendu le service du malade impossible.

On trouve aujourd'hui une tumeur du volume d'un œuf de dinde, à cheval sur la crête iliaque gauche, empiétant surtout sur la face externe de l'os.

Elle est dure, non fluctuante, lisse et égale à la surface, n'est le siège d'aucune sorte de battements, les téguments qui la recouvrent ont la couleur et la température de ceux du voisinage. La peau lui adhère étroitement, on ne peut ni la faire glisser ni même la froncer. Il est impossible de la déplacer latéralement; mais dans le sens vertical on peut lui imprimer quelques mouvements. En la saisissant à pleines mains pour rechercher son pédicule, on voit qu'elle est implantée par une large base sur la crête iliaque.

La consistance de la tumeur est inégale. A côté de parties très dures rappelant nettement la consistance du cartilage et situées à la partie inférieure, on en trouve d'autres un peu plus molles se rapprochant davantage du tissu fibreux et même musculaire.

(1) Péan. — *Clinique*. — Année 1874-1875, page 567.

Rien dans les ganglions, pas de troubles dans la santé générale. On diagnostique un fibro-sarcome de la paroi abdominale ayant débuté par le périoste.

30 janvier. — Incision curviligne avec le bistouri. Dissection soignée des téguments à la surface de la tumeur.

On voit que l'implantation ne va point, comme on l'avait cru jusqu'ici, sur le périoste, mais s'arrête sur l'aponévrose du grand oblique. Après l'avoir séparée avec soin des fibres de cette aponévrose, on tente la réunion par première intention des deux lèvres supérieures de la plaie. On laisse un tube à drainage dans le tiers inférieur.

« L'examen histologique montre que la tumeur est un sarcome fibro-élastique à centre caséux. »

2 février. — État général et appétit bons. Suppuration très abondante et de bonne nature.

7. — Même état.

21. — Réunion presque complète ; on retire le tube à drainage.

24. — Un peu de rougeur et de fluctuation dans le tiers inférieur de la plaie. Ponction pour le passage d'un drain donnant issue à une petite quantité de pus. État général bon.

27. — La cicatrisation, quoique n'étant pas encore complète, marche très bien. Le malade part pour Vincennes.

On a revu ce malade le 26 mars complètement guéri.

8 août. — Le malade se présente à la consultation se plaignant d'un gêne notable pendant la déglutition. On le reçoit de nouveau.

La cicatrice laissée par l'ablation de la tumeur précédente est parfaitement régulière. Pas de traces de récurrence. La santé générale est bonne. Rien dans les ganglions. Depuis cinq semaines environ ce malade éprouve des difficultés pour le passage des aliments solides. Peu à peu cette gêne a augmenté et aujourd'hui il est obligé de se contenter de potages ou de viandes réduites en pulpe très fine. Rien dans la bouche, ni sur le voile du palais. En faisant écarter fortement les mâchoires on voit que la paroi postérieure du pharynx est saillante, comme soulevée d'arrière en avant. Par le toucher on constate la présence d'une tumeur dure assez bien limitée sans traces de fluctuation.

Elle présente le volume d'une petite pomme, paraît s'être développée dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, en un point directement opposé à la base du voile du palais.

Cette tumeur adhère à la couche profonde de la muqueuse pharyngienne, mais elle est légèrement mobile transversalement et ne paraît pas avoir de connexions avec le squelette. Pas de traces d'inflammation dans le voisinage.

Iodure de potassium à l'intérieur 3 grammes.

17. — Le volume de la tumeur est resté le même depuis l'entrée du malade. Pas de changements locaux. Même traitement.

25. — La tumeur paraît diminuer de volume : le malade s'aperçoit que la déglutition est plus facile.

3 septembre. — La diminution de volume s'est nettement accusée. Depuis lors, sous l'influence du traitement interne, elle marche régulièrement, et le 25 septembre ce malade quitte le service complètement guéri.

Quand il est certain que la tumeur siège exclusivement dans la couche des aponévroses, le diagnostic se circonscrit beaucoup.

Il ne peut y avoir de confusion qu'avec un petit nombre de tumeurs solides. Cependant lorsque les tumeurs de la paroi abdominale deviennent très grosses, nous savons qu'elles peuvent être imbibées de liquides et même donner lieu à une apparence de fluctuation.

Les tumeurs solides qui peuvent être confondues avec les fibromes sont :

Les tumeurs du ligament rond (1 erreur).

Les lipomes intra-musculaires (1 erreur).

Les hernies musculaires (1 fois discutée, mais reconnue).

Les enchondromes (plusieurs fois discutés, sans erreur).

Et enfin les tumeurs malignes de la paroi en général, et spécialement les tumeurs encéphaloïdes.

Pour le diagnostic de toutes ces affections une donnée de la plus haute importance est tirée du sexe du patient.

S'il s'agit d'une femme à la période sexuelle et déjà accouchée, il y a les plus grandes chances pour que la tumeur soit de nature fibreuse. Mais ces deux conditions sont nécessaires : nous en avons la preuve dans le cas de Panas, où il existait, en réalité, une tumeur du ligament rond.

S'il s'agit, au contraire, d'un homme, il faut penser à la

tumeur maligne, qui est plus probable, excepté si l'origine traumatique est démontrée.

Le diagnostic de l'*enchondrome* a été agité plusieurs fois, mais jamais l'erreur n'a été faite. On ne peut y songer que si la tumeur est voisine d'une région où existe le cartilage. D'après Nélaton, en apportant un peu de soin dans l'étude des symptômes, on peut éviter l'erreur. L'*enchondrome* est dur, bosselé, la tumeur fibreuse est au contraire lisse.

La *tumeur des ligaments ronds* a un siège tout spécial.

Dans le seul cas où l'erreur a été faite, on aurait pu l'éviter si l'on avait su l'importance qu'il faut attacher à la grossesse comme cause des fibromes.

Le *lipome* intra-musculaire est rare ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de la thèse de Baux (1). Néanmoins son existence n'est pas douteuse. Dans une discussion de la Société de chirurgie du 3 mars 1886, Le Dentu a fait connaître qu'il avait enlevé un fibro-lipome siégeant entre le grand oblique et le petit oblique.

La *hernie musculaire* ne peut être confondue qu'avec le début des fibromes. Elle n'a été observée qu'une fois. Sängér cite une hernie du muscle droit qui se produisit pendant 3 grossesses successives, au même endroit, et toujours au sixième mois de la grossesse; elle disparaissait chaque fois à l'accouchement.

On pourrait peut-être soulever la question des *tu-*

(1) Thèse de Paris, 1880.

meurs malignes de l'ombilic : elles ont un siège trop spécial.

Les seules tumeurs de la paroi abdominale, dont le diagnostic avec les fibromes de cette paroi soit d'une utilité pratique, sont les tumeurs malignes, les sarcomes encéphaloïdes.

Elles peuvent avoir toutes deux le même siège, la même rapidité d'évolution. Elles surviennent au même âge de la vie. Leur diagnostic a été souvent discuté, et nous croyons qu'elles ont été l'occasion d'erreurs de la part de Sklifossovski et de Péan.

Sklifossovski appelle sarcome une tumeur dont l'étiologie, l'évolution et la bénignité appartiennent aux fibromes.

Péan a refusé d'opérer deux femmes qui étaient dans le même cas que la malade de Sklifossovski, et qu'il avait crues atteintes d'un sarcome.

Nous rappelons l'utilité pour ce diagnostic des renseignements tirés du sexe et de l'étiologie. Pour le reste, il faut employer les moyens généraux de diagnostic entre les tumeurs malignes et bénignes :

Le fibrome est limité, le sarcome encéphaloïde est diffus ;

Le fibrome reste dans la couche musculaire ; le sarcome encéphaloïde envahit les diverses couches ;

Le fibrome ne trouble pas la santé générale ; le sarcome encéphaloïde au contraire infecte l'économie par les ganglions et à distance ;

Le fibrome a souvent une marche lente, ou à plusieurs temps ; le sarcome encéphaloïde a une marche continue et rapide.

DE QUELQUES DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC.

Ces difficultés peuvent tenir à différentes causes.

Les renseignements font défaut comme dans le cas de de Rokitansky.

Des symptômes anormaux se présentent.

L'observation des signes caractéristiques est devenue impossible à cause de certaines conditions : ainsi le volume de la tumeur est énorme ou bien le ventre est *pendant* et les muscles ne peuvent plus mouvoir la tumeur.

La peau est indurée ou ulcérée. Il est survenu par suite des hémorrhagies une teinte qui se rapproche de la teinte jaune paille.

Des ganglions volumineux font croire à une généralisation.

La tumeur est fluctuante. Elle a donné du liquide à une ponction.

Toutes ces difficultés se sont rencontrées ; elles n'ont presque jamais empêché d'arriver au véritable diagnostic.

La cause la plus fréquente des erreurs n'a pas encore été signalée, c'est la rareté de l'affection qui fait que l'observateur n'y songe pas.

OBSERVATIONS DE LABBÉ DÉMONTRANT TOUTE L'IMPORTANCE DE LA RECHERCHE DE L'IMMOBILITÉ DE LA TUMEUR PENDANT LA CONTRACTION DES PAROIS ABDOMINALES POUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN.

OBSERVATION XL. — *Fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale*, (2^e cas de LABBÉ).

Madame X..., âgée de 25 ans, bien réglée, mariée depuis quatre ans et demi, avait eu un enfant au mois de mai 1872.

Elle s'aperçut au commencement de 1874 qu'une grosseur très appréciable existait dans l'épaisseur de la paroi du ventre.

Elle fut soumise à un traitement externe à l'aide de pommades. Aucun résultat n'étant obtenu, elle se décida à venir consulter à Paris. Deux examens successifs faits par des médecins fort instruits donnèrent lieu à une fausse interprétation de l'affection. On songea à l'existence d'une tumeur fibreuse dépendant de l'utérus.

Je vis la malade dans les derniers jours de juillet et mon diagnostic fut le suivant : *fibrome de la paroi abdominale*.

Le signe consistant dans l'*immobilisation de la tumeur*, par suite de la *contraction des muscles abdominaux*, était *des plus nets*, et me permit immédiatement de redresser l'erreur qui avait été commise.

La tumeur, volumineuse, plus grosse qu'une tête de fœtus, siégeant à droite, empiétant sur la région hypogastrique et la région péri-ombilicale, dépassait notablement la ligne blanche. Elle n'est le siège d'aucune douleur, elle n'attire l'attention de la malade que par suite d'une certaine gêne, à laquelle elle donne lieu, et par suite de la rapidité assez grande de son développement.

La tumeur est dure, résistante, ne présente pas d'inégalités. A l'aide des deux mains on limite assez bien ses contours, on la déplace en totalité lorsque les muscles de la paroi abdominale sont dans le relâchement. La santé générale est excellente.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est dans sa situation normale, qu'il n'est pas augmenté de volume et qu'il n'offre aucun rapport de continuité ou de contiguïté avec la tumeur.

L'opération est pratiquée le 1^{er} août 1874.

Une incision longitudinale, suivant le plus grand diamètre de la tumeur, est pratiquée. Les muscles de la paroi abdominale placés à la partie antérieure de la tumeur sont notablement amincis. J'ai soin d'arriver, aussi rigoureusement que possible, sur le *tissu même* de la tumeur, disséquant successivement, toutes les lamelles celluleuses qui l'enveloppent et je puis ainsi la contourner très rigoureusement avec le doigt. J'étais préoccupé de l'ouverture du péritoine et en arrivant à la face postérieure de la tumeur, je redoublais d'attention ; malgré les précautions les plus minutieuses, celui-ci fut ouvert et se déchira dans l'étendue de 2 centimètres et demi environ. L'épiploon vint faire saillie entre les lèvres de la plaie, je me gardai de réduire l'épiploon espérant qu'il prendrait rapidement des adhérences avec les bords de l'ouverture péritonéale et formerait bouchon au niveau de cette ouverture.

Je le fixai à l'aide de trois points de suture.

Dès lors les choses se passèrent très favorablement, la plaie bourgeonna régulièrement et la guérison fut complète vers le 25^e jour.

La tumeur n'avait aucune attache avec le squelette, soit épine iliaque, soit côtes. Elle présentait à la coupe l'aspect extérieur *du tissu fibreux*, ce qui a été confirmé par l'examen histologique.

Elle reposait sur le péritoine qui semblait doublé d'un fascia transversalis aminci.

J'ai revu la malade, cette année 1886. La guérison s'est maintenue dans toute son intégrité. — Il n'y a pas d'éventration, malgré la grande étendue dans laquelle la face externe du péritoine a été mise à nu.

OBSERVATION XLI. — *Fibrome de la paroi abdominale, siégeant à la partie inférieure droite de la paroi abdominale, parallèlement à la direction de l'arcade crurale (3^e cas de LABBÉ).*

Madame X..., âgée de 28 ans, vient me consulter à Paris à l'occasion d'une tumeur solide, nullement douloureuse, ayant seulement attiré son attention, par suite de son volume. Elle a son siège dans la partie inférieure droite de la paroi abdominale.

Cette dame, qui a une santé excellente, est bien réglée, elle a eu deux enfants, l'utérus est en situation normale, il ne présente pas d'augmentation de volume.

La tumeur qui est parallèle à l'arcade crurale en est distante d'environ trois centimètres, elle est dure, résistante, se laisse facilement déplacer de haut en bas. La peau glisse sur elle; il n'existe aucune bosselure. *La contraction des muscles abdominaux immobilise complètement la tumeur.*

Il est facile de voir qu'il n'y a aucune connexion entre la tumeur et l'épine iliaque antérieure et supérieure, dont elle se rapproche par son extrémité externe. Le 17 mars 1874, madame X... est opérée chez elle, dans le Calvados. La tumeur mise à nu, en ayant soin d'inciser toutes les couches cellulaires, jusque sur *son tissu propre*, est alors facilement énucléée. Je redouble de précaution en arrivant à sa face postérieure, là où elle repose sur le péritoine. Dans ce cas particulier, la couche graisseuse sous-péritonéale était très épaisse; la face postérieure de la tumeur était surtout adhérente au fascia transversalis, isolé du péritoine par le tissu graisseux sous-péritonéal.

Le péritoine n'a pas été ouvert. La plaie n'a pas été réunie par première intention. Le pansement à l'alcool étendu a été suivi rapidement de la guérison complète, en vingt-cinq jours environ. L'examen histologique a confirmé la nature *fibreuse* de la tumeur.

La guérison s'est maintenue complète, jusqu'à la mort de la malade, survenue plus de six années après, à la suite d'une affection médicale, sans relation aucune avec cette première affection.

OBSERVATION XLII. — *Fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale, siégeant à la partie droite de l'abdomen et occupant la région iliaque droite, une grande partie de la région hypogastrique et se continuant avec la région ombilicale (4^e cas de LABBÉ).*

Madame E..., 31 ans, bien réglée, ayant eu un enfant, s'est aperçue, il y a environ dix-huit mois, qu'il existait une grosseur au niveau de la partie inférieure droite de son ventre.

Elle a consulté plusieurs fois à ce sujet et jamais il n'a été fait, dit-elle, de diagnostic précis. Des traitements internes, par l'iodure de potassium, et externes à l'aide de pommades et d'emplâtres, ont été mis en usage sans aucun résultat.

Madame E... est une femme nerveuse, impressionnable, irritable, s'alimentant assez mal.

Sa tumeur qui s'est accrue dans de notables proportions, ne la fait pas souffrir, mais son volume toujours croissant la préoccupe, et elle vient me consulter à la fin du mois de mai 1876.

Je constatai l'existence d'une très grosse tumeur (mesurant plus de 20 centimètres dans son plus grand diamètre) occupant la région de la fosse iliaque droite, une grande partie de la région hypogastrique, et empiétant sur la région ombilicale.

La tumeur se rapproche beaucoup de la crête iliaque, et l'on est en droit de se demander s'il n'existe pas une relation de continuité avec le périoste de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La peau est saine et mobile sur la tumeur; celle-ci est lisse et ne présente aucune inégalité. La consistance est très dure. La palpation permet de la limiter d'une façon assez nette.

La contraction des muscles de la paroi abdominale l'immobilise un peu, mais on n'observe pas ce signe aussi nettement que dans les observations précédentes.

Je porte le diagnostic de *fibrome de la paroi abdominale*, diagnostic qui est confirmé, quelques jours après, par mon maître le professeur Gosselin.

L'opération est décidée et pratiquée le 17 juin 1876.

Les muscles de la paroi abdominale placés en avant de la tumeur, sont amincis.

La dissection est pratiquée toujours d'après les mêmes principes, c'est-à-dire que je mets le plus grand soin à pénétrer jusqu'au *tissu même* de la tumeur, après avoir bien nettement incisé les nombreuses enveloppes celluleuses qui la recouvrent. J'arrive ainsi à pouvoir la dégager dans une grande étendue, avec le doigt et la spatule. Arrivé à la face postérieure, je procède avec les plus grands ménagements pour ne pas déchirer le péritoine doublé du fascia transversalis aminci, sur lequel elle repose. L'énucléation a lieu sans ouverture du péritoine.

La tumeur se prolongeait sur le péritoine de la fosse iliaque, de telle sorte qu'après son ablation, il existait un véritable décollement du péritoine, analogue à celui qui est produit lorsqu'on pratique la ligature de l'iliaque. Cette circonstance donna lieu à une disposition assez peu favorable, au point de vue de l'écoulement des liquides, et à cette époque où la méthode antiseptique était loin d'avoir atteint

les perfectionnements actuels, elle apporta une véritable entrave à la cicatrisation rapide.

La tumeur ne présentait pas d'adhérences avec le périoste de l'épine et de la crête iliaque.

La réunion primitive ne fut pas faite, il se présenta pendant la durée de la cicatrisation quelques petits incidents causés par la rétention du pus.

Enfin au bout de six semaines, la réunion était complète, mais la malade épuisée, dormant mal, s'alimentant incomplètement, ne revenait pas à une santé parfaite.

Quelques semaines plus tard elle fut prise de fièvre, et présenta des signes non douteux de phlegmasie du tissu cellulaire péri-utérin. — Un abcès s'ouvrit dans le vagin, l'inappétence devint complète, la malade s'affaiblit, eut du muguet, et finit par succomber plus de trois mois après avoir subi son opération.

L'examen histologique confirma le diagnostic de *fibrome* qui avait été porté.

OBSERVATION XLIII. — *Tumeur fibro-sarcomateuse sous-péritonéale de la paroi abdominale, adhérente au périoste des huitième et neuvième côtes gauches* (6^e cas de LABBÉ).

Madame X..., âgée de 32 ans, réglée à 12 ans et demi, à peu près régulièrement, s'est mariée à 26 ans et a deux enfants, l'un à l'âge de 27 ans, et l'autre à l'âge de 28 ans.

Les antécédents de famille sont excellents, elle n'a jamais eu que des maladies de l'enfance.

Elle a commencé à s'apercevoir de la tumeur à la fin de mars 1882.

A ce moment, au niveau de la huitième et de la neuvième côte du côté gauche, elle eut notion d'une tumeur grosse comme le pouce et développée surtout dans le sens de la longueur.

Vers la fin du mois de mai, M. le Dr Ragaine, de Mortagne, fut consulté. La tumeur était grosse comme un œuf.

On conseilla l'usage de pommades, et de l'iodure de potassium.

La malade fut examinée quelque temps après par MM. Ragaine et Noël Guéneau de Mussy. On conseilla l'emploi des pointes de feu. Sous l'influence de plusieurs applications de pointes de feu, la tumeur parut diminuer.

Au commencement d'octobre (1882) on appliqua deux cautères au niveau de la tumeur. Des troubles sérieux de la menstruation eurent lieu en octobre et en novembre. Les règles sont en retard de dix jours chaque mois, et après chaque époque, la tumeur semble grossir d'une façon très appréciable.

Le 27 janvier 1883 la malade vint à Paris, accompagnée du Dr Ragainé, et je l'examinai avec le concours de mon maître M. Gosselin.

La tumeur a pris des proportions considérables, elle est déjà beaucoup plus grosse qu'une tête d'adulte. Elle occupe la partie supérieure gauche de la paroi abdominale, descendant déjà très bas, et empiétant sur la partie située au delà de la ligne blanche. Il semble bien évident qu'un rapport intime existe entre la partie supérieure de la tumeur et les huitième et neuvième côtes. Les modifications qui surviennent à la suite de la menstruation indiquent de faire l'examen de l'utérus. Celui-ci est sain, parfaitement mobile; il est évident qu'il n'y a aucun rapport entre cet organe et la tumeur. *Les contractions des muscles abdominaux déterminent encore un peu de modification dans la mobilité de la tumeur. La sangle musculaire l'immobilise un peu.*

L'idée d'une opération est rejetée, pour le moment, par la malade. Elle retourne dans son pays, en Normandie.

A partir de ce moment la tumeur prend un développement gigantesque. La malade revient à Paris le 6 octobre. La tumeur mesure 45 centimètres dans son plus grand diamètre, et 35 à 40 dans son plus petit. Elle forme une saillie considérable et recouvre toute la surface de la paroi abdominale. Un nouvel examen par le vagin constate la non connexion de l'utérus et de cette tumeur. Il est difficile de se rendre compte de la connexion de la tumeur avec les côtes.

La peau est parfaitement mobile sur la tumeur, il existe un réseau veineux sous-cutané assez considérable.

Lorsque la malade est placée sur les genoux et sur les coudes, la tumeur semble se détacher du ventre.

La présence de la tumeur n'a jamais fait naître aucune douleur.

L'opération est pratiquée le 31 octobre 1883.

Une immense incision est pratiquée de haut en bas. Les couches celluluses qui enveloppent la tumeur sont très nombreuses et très vasculaires; des veines volumineuses sont ouvertes, à chaque nouvelle manœuvre; des pinces hémostatiques doivent être appliquées en très grand nombre, et malgré toutes les précautions et la rapidité avec laquelle l'opération est pratiquée, du sang est perdu en assez grande quantité.

A partir du moment où les couches des muscles amincis et les enveloppes celluluses ont été dépassées et où l'on est arrivé sur le tissu même de la tumeur, l'opération est rapidement terminée. Au moment où les dernières adhérences de la tumeur avec la couche sous-péritonéale sont rompues, le péritoine est déchiré dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. L'épiploon sort à travers cette déchirure, il est laissé entre les lèvres du péritoine déchiré. Après l'abla-

tion de la tumeur, la surface interne du péritoine, mise à nu, est considérable, elle est de plus de 25 centimètres carrés. La réunion primitive est tentée, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique; un drainage est convenablement établi, et la réunion primitive est obtenue, à peu près complètement. Au bout de huit jours, la cicatrisation était complète. Il n'y a pas eu d'éventration.

Examen anatomique, par M. Remy. *Fibrome pur* en quelques points, *fibrosarcome* en d'autres; les cellules fusiformes sont nombreuses.

La guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour (août 1887).

OBSERVATION XLIV. — *Fibrome de la paroi abdominale antérieure* (9^e cas de LABBÉ). Observation recueillie par M. MÉRIGOT DE TREIGNY, interne du service.

La nommée Rabouille, veuve Robbe, âgée de 28 ans, entre le 22 juin 1885, à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Labbé, salle Sainte-Clotilde, n° 21. Elle n'a eu aucune maladie antérieure. Ses règles commencèrent à 15 ans et se succédèrent depuis, sans intermittences, jusqu'à son mariage à 21 ans, et ensuite ne manquèrent que pendant ses grossesses. Elle a eu quatre enfants, ses couches furent toujours normales et elle ne conserva aucune douleur dans le ventre.

Vers le mois d'octobre 1884 elle s'aperçut, par hasard, de l'existence, dans le ventre, d'une grosseur du volume d'une noix, elle siégeait dans la région sus-ombilicale un peu à gauche de la ligne médiane, elle était assez mobile et n'occasionnait aucune douleur, c'est à peine si de temps en temps elle était le siège de petits élancements.

L'état général resta excellent et la tumeur n'amena aucune gêne fonctionnelle, mais elle s'accrut progressivement, et même dans ces derniers temps l'augmentation fut beaucoup plus rapide, aussi la malade se décida-t-elle à venir à l'hôpital.

En examinant la malade on constate que la paroi abdominale est très flasque et se laisse très facilement déprimer en tous sens.

La tumeur occupe toujours le même siège, c'est-à-dire au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic; elle a un volume supérieur à celui du poing; elle est dure, très légèrement bosselée et de consistance uniforme; il n'existe pas de fluctuation; la pression n'est nullement douloureuse; lorsque les muscles sont dans la résolution, on peut la déplacer dans une certaine étendue surtout transversalement; mais si l'on fait contracter la paroi abdominale, la tumeur se trouve subitement immobilisée et le moindre déplacement est impossible, elle siège donc dans la paroi, mais de plus ses contours deviennent moins nets et sont alors dissimulés par le plan musculaire rigide, ce qui prouve qu'elle est insérée en arrière des muscles.

L'état général de la malade est excellent et on ne remarque aucune autre particularité à signaler. M. Labbé propose l'extirpation, qui est acceptée.

22 juin, purgatif.

Le 23. Opération après anesthésie. On fait sur la tumeur, c'est-à-dire à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane, une incision verticale de 8 à 10 centimètres et on coupe successivement la peau, la couche sous-cutanée et l'aponévrose antérieure de la loge du grand droit. On écarte les faisceaux de ce muscle qui sont déjà soulevés et étalés par la tumeur; on arrive alors sur celle-ci, qui est entourée d'une atmosphère de tissu cellulo-fibreux assez résistant; on sectionne une série de feuillets, puis des brides fibreuses irrégulières; on détache le reste avec la spatule et on arrive ainsi à énucléer presque complètement la tumeur. Mais un point de sa face profonde adhère plus fortement aux plans sous-jacents, et il faut une véritable dissection au bistouri pour dégager sa portion moyenne, qui est intimement soudée à une lame blanche, nacrée, d'apparence fibreuse, qui est le fascia sous-péritonéal.

La tumeur enlevée et les vaisseaux sectionnés une fois liés, on fait des sutures musculaires au catgut; mais la malade est prise alors d'efforts de vomissements et le muscle se déchire au niveau des fils, ce qui donne lieu à un suintement sanguin qui d'ailleurs s'arrête bientôt.

On renonce alors à faire des sutures, on remplit la plaie avec de la gaze iodoformée et on applique un pansement de Lister.

Dans l'après-midi la malade vomit fréquemment et le malaise du chloroforme se prolonge toute la soirée; glace, potion de Rivière, cathétérisme, injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine: malgré cela la malade ne peut dormir la nuit.

Le 24. La malade souffre peu, mais a toujours des nausées surtout lorsqu'elle veut prendre quelque liquide. Apyrexie.

On fait le pansement sans retirer la gaze qui est au fond de la plaie. Tout le pourtour est le siège d'un érythème phéniqué assez marqué, aussi on enduit de vaseline boriquée les parties qui doivent être au contact du pansement.

Rétention d'urine; deux cathéterismes par jour.

Le 25. L'état est satisfaisant; cependant les nausées persistent et la malade a toujours quelques régurgitations malgré la glace et une potion de Rivière. Pas de douleur de ventre.

La malade prend du bouillon et du lait; elle a uriné seule. Lavement avec une cuillerée de glycérine.

Le 26. Les vomissements ont cessé, le ventre n'est nullement douloureux. La malade continue à s'alimenter avec des liquides. Pansement.

L'érythème a diminué notablement, on retire la gaze iodoformée ; la suppuration s'établit.

Le 27. L'opérée va très bien, elle commence à manger. On remplace le pansement phéniqué par un pansement à l'acool camphré : suppuration assez abondante ; la plaie bourgeonne bien, l'aponévrose profonde est entièrement recouverte.

Après divers petits incidents la cicatrisation est complète vers la fin de juillet.

La guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour (août 1887).

La tumeur examinée au microscope par Rémy est un *fibrome*.

OBSERVATION XLV. — *Double fibrome de la paroi abdominale, ablation, guérison* (10^e cas de LABBÉ).

T..., Marie, couturière, âgée de 20 ans, entre à l'hôpital Beaujon, pour être soignée de deux tumeurs qu'elle porte dans la région abdominale.

Voici ce qu'elle nous apprend sur ses antécédents.

Il n'y a rien à noter sur sa famille.

Elle-même a été d'une santé excellente jusqu'ici.

A 16 ans, commença sa menstruation qui fut régulière.

En août 1884, 2 ans et 6 mois avant son entrée à l'hôpital, elle accouche. Sa grossesse avait été normale, et la malade affirme nettement qu'elle n'avait pas de grosseur à ce moment.

Après son accouchement, cette malade se trouve plus nerveuse et plus faible, mais c'est seulement à la fin de 1885, qu'elle s'aperçoit un jour, en mettant son corset, de l'existence d'une grosseur intérieure du côté *droit* de l'ombilic.

Un mois plus tard, elle en remarque une autre du côté de l'arcade crurale *gauche*.

Elle essaye nombre de traitements qui furent sans résultat et se décide enfin à venir à l'hôpital.

Nous constatons à droite de l'ombilic, dans l'épaisseur des parois abdominales, une tumeur du volume d'un petit œuf. Elle est sous-cutanée, car on peut plisser la peau sur elle ; mais elle est située dans l'épaisseur des muscles, car elle est immobilisée par la contraction musculaire : elle fait une légère saillie visible en regardant l'abdomen de profil.

Il n'y a ni changement de couleur, ni vascularisation de la peau.

La surface de la tumeur est légèrement bosselée, elle paraît bien limitée, quoiqu'il n'y ait pas de sillon net la séparant des tissus sains. On ne sent aucun pédicule allant vers les fausses côtes.

Au-dessus de l'arcade crurale du côté gauche, nous trouvons encore

dans l'épaisseur de la paroi, une tumeur allongée, du volume de la phalange d'un doigt, située presque parallèlement à l'arcade et paraissant unie à l'épine iliaque supérieure par un pédicule. Il semble même qu'elle ait un prolongement en dedans jusqu'au pubis. Le toucher vaginal montre que cette tumeur n'a aucune relation avec les organes génitaux.

Ces deux tumeurs sont indolentes, mais la pression et les mouvements y déterminent des douleurs.

Depuis leur apparition, l'état de la malade s'est un peu modifié. Les digestions du soir sont un peu difficiles, et il y a du malaise la nuit et des accès d'étouffement dans certaines positions. Il n'y a pas d'amaigrissement, mais les forces ont un peu diminué. La coloration de la peau a un peu changé, elle est pigmentée. La malade dit qu'autrefois elle avait la peau très blanche, et actuellement, elle présente sur la figure des taches jaunâtres comme un masque de grossesse.

Tous les viscères sont normaux.

On fait le diagnostic de *fibrome* ou fibro-sarcome de la paroi. La présence de deux tumeurs et l'affaiblissement de la malade sont en faveur du sarcome, mais le développement assez lent, l'absence de douleurs, la limitation des tumeurs et l'absence des modifications de la peau plaident pour le *fibrome*.

M. Labbé décide de faire l'opération en deux séances, et le 21 novembre, il enlève la tumeur située à droite de l'ombilic.

La malade étant anesthésiée, il incise la peau, l'aponévrose et les muscles, jusque sur la tumeur, que l'on reconnaît à sa coloration grisâtre. Mais cette tumeur n'est pas encapsulée comme on l'espérait; elle adhère au muscle droit et à son aponévrose, et il n'y a pas de limites bien tranchées entre les tissus sains et malades. Aussi enlève-t-on la tumeur en empiétant sur le tissu musculaire pour être sûr de n'en point laisser.

L'opération terminée, on voit qu'à la partie inférieure, on est allé jusque sous le péritoine, tandis que, dans la partie supérieure, il y a encore de l'aponévrose appliquée contre le péritoine. On fait seulement deux points de suture aux angles supérieur et inférieur pour diminuer l'étendue de la plaie et on bourre avec de la gaze iodoformée.

La tumeur incisée est formée d'un tissu gris jaunâtre.

Le 22, lendemain de l'opération, il y a eu un peu de suintement sanguinolent sous le pansement.

On le renouvelle. Pas de fièvre, 37°,8. La malade souffre un peu dans le ventre.

Le 23, élévation de température, 39°,2.

Le 24, on applique une couche de collodion autour de la plaie.

Le 26, nouvelle élévation de température. Il y a un peu de rétention de pus dans le fond de la plaie; on enlève les points de suture.

Le 28, la place bourgeonne bien, on enlève le collodion.

Depuis lors, la cicatrisation se fait très régulièrement, et vers la fin de janvier 1887, la plaie est complètement cicatrisée.

L'examen anatomique fait par Remy a conclu à l'existence d'un fibrome.

DIAGNOSTIC PENDANT LA GROSSESSE.

Les difficultés du diagnostic entre les fibromes utérins et les fibromes de la paroi abdominale deviennent plus grandes, quand il s'agit de femmes enceintes arrivées au terme ou près du terme de la grossesse. L'utérus, distendu par le produit de la conception, refoule en avant la paroi abdominale qui s'applique exactement sur lui. S'il existe des fibromes de la paroi abdominale, on croit immédiatement à la présence de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Budin a vu un cas dans lequel on avait fait successivement deux erreurs. Il s'agissait de fibromes développés sur l'arcade de Fallope du côté droit. On les prit pour des petits membres du fœtus, pour des membres inférieurs, et on fit le diagnostic de présentation du siège. On s'aperçut bientôt que l'enfant se présentait en réalité par le sommet, mais on crut que les petites tumeurs senties à la palpation étaient des fibromes utérins. En examinant la femme, Budin reconnut qu'il s'agissait de fibromes de la paroi abdominale.

Éléments de ce diagnostic. — En général, par suite des modifications que la grossesse imprime à la constitution des fibromes utérins, ces tumeurs sont molles lorsque la matrice n'est pas en état de contraction. Les fibromes de

la *paroi abdominale*, au contraire, conservent toujours leur même consistance.

Quand il y a des contractions utérines, les fibromes de la matrice deviennent momentanément plus nets, plus fermes, plus saillants. Au contraire, les caractères des fibromes de la paroi abdominale ne changent pas. La seule modification qui existe pour ces derniers et qui pourrait en imposer à un examen superficiel, c'est qu'ils sont refoulés en avant par l'utérus qui se contracte.

Si, avec les mains, on déplace la masse totale de l'utérus gravide, en l'inclinant soit à droite, soit à gauche, les tumeurs se déplacent également dans le cas de fibromes de la matrice, elles restent au contraire immobiles s'il s'agit de fibromes de la paroi abdominale.

Enfin, d'après Budin, le caractère le plus important est le suivant : lorsqu'on fait faire un effort à la femme, sa paroi abdominale se tend. Si le fibrome est développé dans la paroi de l'abdomen, il reste perceptible comme auparavant ; s'il est au contraire développé dans l'utérus, la paroi abdominale en se contractant forme comme une cuirasse qui s'applique sur la matrice et masque complètement le fibrome qu'on ne sent plus.

Après l'accouchement, le diagnostic devient très facile : on constate aisément que la tumeur est indépendante de l'utérus dont elle ne suit pas le mouvement de régression.

OBSERVATIONS DONT LE DIAGNOSTIC SOULÈVE DES DISCUSSIONS.

On verra dans le cas de Hanks et Thomas (obs. XLVI et XLVII) les divergences d'opinion qu'a provoquées l'examen d'une tumeur fibreuse.

OBSERVATION XLVI. — *Tumeur fibreuse naissant des muscles abdominaux*, par H. T. HANKS (1).

Le Dr Hanks présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée de la paroi abdominale d'une femme observée à *Woman's Hospital*.

Madame S. M., 24 ans, mariée depuis 6 ans, est mère de deux enfants, le dernier né le 5 mars 1879 et âgé de 3 mois. Elle vint me voir à *Woman's Hospital* le 4 mai 1879 et j'appris l'historique de sa maladie. Son premier écoulement menstruel apparut à 14 ans. Elle n'a été réglée qu'une fois depuis la naissance de son enfant. Elle a toujours été forte et de bonne santé jusqu'à 18 mois avant ce jour. Environ 4 semaines avant de devenir grosse, le 1^{er} mai 1878, elle remarqua une légère tuméfaction ou tumeur de la partie inférieure de l'abdomen à droite de la ligne médiane. Cette tumeur resta sans changement apparent pendant six mois pleins de sa grossesse ou jusqu'au 1^{er} décembre 1878 environ. Depuis cette date elle a graduellement augmenté d'étendue, puis très rapidement dans les dernières semaines. Elle était dure, difficile à déplacer, avait les bords nettement perceptibles, était légèrement sensible à la palpation sans décoloration des tissus.

Le 5 mars 1879, à l'époque de la naissance de son enfant, elle était du volume d'un œuf d'oie. Elle n'occasionna aucune gêne pendant le travail. Depuis lors cependant elle est devenue assez grosse pour être une source d'ennui et de souffrance. Aujourd'hui, 4 mai 1879, je trouvais une tumeur aplatie assez large pour être perceptible à travers les habits et visible à simple inspection, mesurant 4 pouces et demi sur 5 (11 cent. sur 12 cent. 5). Elle est située entre le ligament de Poupart et la ligne médiane du côté droit de l'abdomen, empiétant et se fixant plus particulièrement sur les muscles abdominaux près le ligament de Poupart; elle est un peu sensible à la palpation, sans fluctuation, évidemment de nature solide. La partie de la tumeur la plus rapprochée de la ligne médiane est un peu mobile et plus aisément circonscrite. Par des manœuvres combinées je constatai que la tumeur empiétait sur la cavité abdominale dans la région iliaque droite. Je ne pus établir de connexions entre elle et le ligament large de ce côté. L'utérus, normal dans sa position et son état, est seulement un peu pressé à gauche.

Le diagnostic de tumeur fibreuse des muscles abdominaux fut porté. Le Dr M. Gunning, mon assistant, se rangea à la même opinion. On ordonna à la malade des applications externes d'*iodine* et on lui donna simplement des toniques.

(1) *American Journal of obstetric*, 1880, t. XIII, p. 126.

Vers le 25 mai, elle fut revue par les D^{rs} Lee, I. A. Emmet, Janvrin et moi-même. La tumeur avait décidément augmenté de volume et causait à la malade beaucoup de souffrance quand elle se baissait ou qu'elle marchait. Elle remplissait la cavité abdominale à droite de la ligne médiane d'une manière beaucoup plus marquée.

Les D^{rs} Lee et Emmet *émirent l'opinion qu'elle naissait de quelque organe de la partie inférieure de la cavité abdominale*, et le D^r Janvrin qu'elle avait son origine dans les muscles de l'abdomen. Tous convinrent qu'il était sage de l'enlever. La saison qui était avancée empêcha de l'opérer à *Woman's Hospital*.

Le D^r Lee prit ses dispositions pour recevoir la malade à l'hôpital des Enfants trouvés, *Foundling Hospital*. Le 23 juin, en présence des D^{rs} Emmet, O'Dwyer, avec l'aide des D^{rs} Lee, Janvrin, W.-E. Bullard, E.-M. Gunning et Chadbourne, médecin de la maison, l'opération fut faite. On administra l'éther et l'opération se fit sous le spray phéniqué. Une incision fut faite à environ un pouce de l'épine antérieure obliquement en bas sur une longueur d'environ 3 pouces suivant la ligne des fibres du muscle oblique externe.

En divisant ce muscle et l'oblique interne, le bistouri pénétra dans la substance de la tumeur, placée entre le muscle transverse et l'oblique interne. Il y eut peu de difficulté dans la dissection. Elle mesure de 5 et demi à 6 pouces (12 cent. 5 à 15 cent.) en largeur et 3 pouces en épaisseur (7 cent. 5). Les attaches aux fibres musculaires étaient tout à fait intimes près du ligament de Poupert. Tous les temps de l'opération furent accomplis suivant les stricts principes de l'antisepsie comme pour une opération de l'ovariotomie de nos jours. La malade eut une guérison parfaite et elle disait, le 25 septembre, qu'elle était en parfaite santé et en état de grossesse depuis deux mois.

La pièce qui nous est montrée ce soir est un peu diminuée de volume.

Elle a été examinée par le D^r Satterthwaite, qui a trouvé une *tumeur fibreuse* sans aucun signe de malignité.

Le D^r Emmet confirme son erreur de diagnostic et ne dit rien de remarquable.

Le D^r Lee remarque qu'au moment où il vit le cas pour la première fois, il fut frappé de la ressemblance qu'il avait avec le cas de tumeur fibreuse de la paroi abdominale présenté à la Société l'an dernier par le D^r Thomas. Cependant dans le cas actuel le point difficile dans le diagnostic était de déterminer si oui ou non la tumeur était attachée à l'ilium. Il était impossible d'insinuer la main ou les doigts entre l'ilium et la tumeur ou de séparer la tumeur de l'os en introduisant une main dans le vagin assez profondément pour être certain qu'elle n'y était pas attachée. Elle présentait l'aspect d'une tumeur intra-pelvienne attachée à la face de l'ilium.

OBSERVATION XLVII. — *Tumeur fibreuse développée aux dépens de la gaine des muscles abdominaux. Succès de l'ablation et guérison de la malade*, par THOMAS (1).

Le Dr Thomas présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée des parois abdominales d'une malade, et donne les détails suivants.

Il y a un peu moins d'un an une dame vint chez lui du Canada et lui apporta une lettre de son médecin constatant qu'elle était environ au deuxième mois d'une grossesse. Depuis 4 mois existait à l'épigastre une tumeur qui donnait beaucoup d'inquiétude à la malade et à son entourage. Le médecin supposait que la tumeur était liée à l'épiploon ou au gros intestin et craignait beaucoup une production maligne. Quand le Dr Thomas la vit pour la première fois, elle avait à peu près le volume d'un œuf de canard, était irrégulière, pointue à son extrémité supérieure, et quelque peu noueuse, mais pas absolument.

La santé générale de la malade était bonne.

Cette tumeur fut considérée comme un *lipome* des parois abdominales. La dame reçut le conseil de retourner chez elle et de ne rien faire pour cette tumeur jusqu'à sa délivrance.

Il y a deux semaines elle est revenue apportant avec elle un enfant de deux mois. La tumeur s'est accrue si fort qu'elle mesure 9 pouces (22 cent. 5) de long sur 6 environ (15 cent.) de large et plonge profondément vers la cavité abdominale. Elle est devenue la cause de fortes souffrances. En un point la tumeur fait saillie vers le haut et semble atteindre le diaphragme. Cette pointe semble agir dans la respiration et donne beaucoup de malaise à la patiente.

Le Dr Markœ vit la malade en consultation et conclut qu'elle avait probablement une tumeur des parois.

La question de son ablation ne fut pas discutée, car c'était l'opération qui pouvait seule offrir chance de salut à la malade. La tumeur provoquait des troubles physiques et moraux considérables. Il y a une semaine elle fut enlevée en présence des Drs Markœ, Hunter, Ward et Jones.

Une incision de 8 pouces (20 cent.) fut faite dans les parois abdominales, et la tumeur fut soigneusement disséquée sans beaucoup d'hémorrhagie. En arrivant au péritoine la tumeur fut accrochée par un fort ténaculum et soulevée; le péritoine fut lentement et doucement repoussé avec les doigts jusqu'au moment où on atteignit le point d'attache à la gaine des muscles abdominaux. Quand la tumeur fut totalement enlevée, la surface découverte parut tout entière comme un voile mince étendu sur les intestins. C'était le péritoine qui heu-

(1) *American Journal of obstetric*, 1879, tome XII, p. 598.

reusement ne fut pas ouvert. Les lèvres de la plaie furent rapprochées à l'aide de profondes sutures, et la malade guérit bien. La température ne monta jamais au-dessus de 70,2 F. (39 centigr.).

L'opération fut faite sous le spray phéniqué, parce que l'on avait cru *plus que probable que la tumeur communiquait* avec la cavité de l'abdomen.

Le Dr Thomas fait remarquer ensuite que s'il avait trouvé la tumeur attachée ou à l'estomac ou au diaphragme, il n'aurait enlevé qu'une portion de celle-ci, dans l'espoir que le reste s'atrophierait. S'il avait trouvé la tumeur attachée à l'épiploon, il aurait fait de cette adhérence comme du pédicule d'une tumeur de l'ovaire.

Dans les observations suivantes, Péan a pensé ne pas devoir opérer des tumeurs qu'il a appelées *sarcomes*, mais qui nous semblent, au contraire, par leur étiologie et leur marche, devoir être considérées comme des fibromes. C'est pour montrer combien le diagnostic est quelquefois difficile, que nous les avons publiées.

OBSERVATION XLVIII. — *Sarcome de la paroi abdominale*, par PÉAN (1).

Létourneau (Onésime), quarante ans, blanchisseuse, entre le 29 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 48.

Cette femme est *mère de huit* enfants; la menstruation a toujours été régulière et dure encore; la santé habituelle assez bonne.

Il y a *huit ans*, la malade s'est aperçue qu'elle avait sur le ventre une grosseur du volume d'un œuf située à 8 ou 10 centimètres au dessus de l'ombilic et à droite. Pendant sept ans la tumeur est restée à peu près stationnaire. La malade n'en était pas incommodée.

Il y a huit mois environ, la tumeur s'est développée davantage, et elle devenue le siège de quelques douleurs. C'est *depuis six mois* surtout qu'elle a grossi pour atteindre le volume d'une tête d'adulte qu'elle a aujourd'hui. Un cautère a été posé il y a un mois sur la tumeur.

Le 30 janvier. — La plus grande partie de la moitié droite de la paroi abdominale est déformée par une énorme tumeur ovoïde qui ne dépasse pas la ligne médiane.

La tumeur descend en bas jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

(1) Clinique chirurgicale de 1877-1878, p. 808.

En dehors elle correspond au flanc droit. En haut elle remonte jusqu'au cartilage de la septième côte. La surface n'est pas lobulée.

La paroi n'est pas adhérente à la tumeur, sauf au niveau du cautère. On peut faire mouvoir la tumeur dans le sens transversal. On sent qu'elle ne pénètre pas dans la cavité abdominale. En haut il est plus difficile de la faire mouvoir sur les cartilages costaux. Pas de sensation de fluctuation. Il est impossible de palper le foie. La malade éprouve des picotements douloureux, mais la douleur est tolérable. Il n'y a pas d'engorgement des ganglions de l'aîne. L'état général n'a pas été modifié jusqu'ici.

La malade reste quelques jours à l'hôpital. On se contente de lui prescrire un traitement palliatif avec quelques applications résolutives.

OBSERVATION XLIX. — *Fibro-sarcome sous-musculaire, très probablement péritonéal de la paroi antéro-latérale gauche de l'abdomen*, par PÉAN (1).

Foucher (Héloïse), 24 ans, couturière, entre le 31 janvier 1879, salle Sainte-Marthe, n° 44. Sa mère et l'une de ses sœurs sont mortes phthisiques. Elle-même a eu dans la jeunesse du rachitisme qui n'a pas laissé de déformations apparentes. Pas de signe de scrofule. Jamais de maladie grave. Menstruation régulière depuis l'âge de dix-sept ans. Nullipare. Il y a 6 mois, à la suite *des efforts provoqués par un vomitif*, elle a remarqué, au niveau de la paroi latérale gauche de l'abdomen, une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, dure, résistante, profondément située, ne déterminant ni gêne ni douleur spontanée ou provoquée. La tumeur a fait depuis cette époque des progrès assez sensibles. Il y a 15 jours, au moment des règles, elle est devenue temporairement douloureuse. Ces accidents effrayent la malade et la déterminent à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La malade étant dans le décubitus dorsal, on voit que la partie antérieure gauche de la paroi abdominale est déformée par une tumeur à surface large, convexe, aplatie, sans limites précises à la vue et qui paraît soulever en masse toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Dans le sens vertical elle s'étend de trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, à trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Son étendue transversale est plus considérable. L'extrémité interne est située immédiatement en dehors de l'ombilic; l'extrémité externe se perd en haut et en dehors au-dessous des dernières côtes. Le mouvement de flexion latérale

(1) *Leçons de Clinique chirurgicale* professées à l'hôpital Saint-Louis en 1879 et 1880. Paris, 1886, p. 1091.

droite du tronc fait saillir la tumeur et rend ses limites plus appréciables. La peau a conservé ses caractères normaux. On n'observe dans son épaisseur aucune trace de vascularisation anormale. Les veines sous-cutanées ne sont pas appréciables. Au toucher, la tumeur est dure, solide, molle à la périphérie, et comme liquide au centre. Elle est irréductible et incompressible. En faisant accomplir à la malade des mouvements de flexion et d'extension du tronc, pendant que l'on place la main au niveau de la tumeur, on sent que les muscles abdominaux deviennent durs en se contractant à la surface de la production morbide. Il est toutefois difficile de dire si le grand oblique seul se contracte en avant de la tumeur, ou si celle-ci est profondément située au-dessous de la paroi abdominale à la face externe du péritoine. Par la percussion on obtient une sonorité trompeuse due, sans doute, aux organes sous-jacents à la tumeur; car celle-ci étant immobilisée par un aide, on reconnaît qu'elle est mate dans toute son étendue. On arrive ainsi à circonscrire assez nettement ses limites, et à reconnaître qu'elle mesure en hauteur 8 centimètres et 14 centimètres et demi dans le sens transversal; qu'elle est indépendante des organes voisins, au niveau de ses bords supérieur et inférieur, ainsi qu'à son extrémité interne, mais que, à l'extrémité externe, la zone de matité de la tumeur se continue avec la zone de matité splénique. Au niveau de cette continuité existe un léger étranglement où la hauteur de la matité n'est plus que de 7 centimètres. Lorsqu'on refoule la paroi abdominale au niveau de la rate, on voit la tumeur se déplacer légèrement, pendant que son extrémité interne se rapproche de la ligne médiane. La zone de matité est alors déplacée dans le même sens. Les viscères abdominaux ont conservé leur volume, leur situation et leurs rapports normaux. L'examen de la région hypogastrique et des fosses iliaques ne révèle rien d'anormal. Au toucher et à la percussion, les reins paraissent occuper leur situation habituelle. C'est seulement du côté de la rate que la tumeur se prolonge; les deux zones de matité se continuent. L'examen prolongé et plusieurs fois répété ne détermine ni douleur ni sensibilité exagérée. Les fonctions digestives, circulatoires et respiratoires s'accomplissent normalement. Il en est de même de la miction. L'urine ne présente aucune modification appréciable. L'état général est excellent.

1^{er} février 1879. — Afin d'éclairer le diagnostic nous faisons, à l'aide d'un fin trocart, une ponction exploratrice au centre de la tumeur, dans le point où elle paraît plus molle. Cette ponction donne issue à quelques gouttes de sang pur, rouge, vermeil. On applique sur la plaie de la boudruche collodionnée. Après deux jours de repos à l'hôpital, la malade retourne chez elle.

L'observation de Gross est un nouvel exemple des difficultés du diagnostic : elle a rapport à une tumeur présentant un certain nombre de caractères de nos fibromes. Elle s'est développée chez une femme ; elle durait depuis très longtemps, elle était encapsulée.

OBSERVATION L. — *Cysto-sarcome de la paroi abdominale antérieure*
Extirpation. Guérison, par GROSS, recueillie par M. LEFRANC, son interne (1).

La nommée Virginie C..., de Guénestroff (Alsace-Lorraine), âgée de 40 ans, tailleuse, non mariée, entre à la clinique le 10 mai 1886.

C'est une femme brune, de constitution moyenne, et présentant les apparences d'une bonne santé, réglée à 11 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis. Pas d'antécédents héréditaires. Une fièvre muqueuse à l'âge de 13 ans.

Il y a 16 ans, dit-elle, elle s'aperçut pour la première fois qu'elle portait dans le flanc droit une tumeur de la grosseur d'une noix.

Cette tumeur s'est développée insensiblement, sans jamais occasionner la moindre douleur ; elle a grossi progressivement et depuis quelque temps elle gêne par son volume.

État actuel. — Dans le flanc droit, à environ trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque et de l'arcade crurale, existe une tumeur, saillante au-dessus du niveau de la peau, de la grosseur d'une tête de fœtus de huit mois.

Au niveau de la tumeur, les téguments présentent une teinte légèrement jaunâtre et quelques varicosités veineuses ; ils sont mobiles sur la tumeur. Celle-ci est de forme ovoïde, à grand diamètre parallèle à la direction des fibres du grand oblique de l'abdomen. Son extrémité antérieure dépasse de trois travers de doigt environ l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle mesure 17 centimètres de diamètre longitudinal, et 14 centimètres dans le sens transversal et vertical.

La surface de la tumeur est lisse ; dans la moitié inférieure on reconnaît quelques lobulations. Sa consistance est rénitente ; dans sa moitié supérieure elle donne une sensation de pseudo-fluctuation, peut-être de fluctuation obscure. La pression à sa surface n'est pas douloureuse, de temps en temps la malade y ressent quelques lancées. La tumeur est mobile sur les parties profondes, dont elle se délimite nettement ; elle ne présente aucun prolongement dans la

(1) Clinique chirurgicale du professeur Gross (de Nancy). Inédite.

cavité abdominale; la palpation profonde plusieurs fois répétée ne révèle rien de particulier.

L'état général de la malade est satisfaisant. L'examen des grands viscères et des grandes fonctions ne présente rien à noter. Rien dans les urines.

Le *diagnostic* porté est *lipome* ou *sarcome* de la paroi abdominale; en raison de la rareté des lobulations, on penche pour un *sarcome*.

Le 13 mai. *Extirpation* de la tumeur. Chloroformisation. Précautions antiseptiques habituelles. Incision tégumentaire de 18 centimètres dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur. On découvre facilement le néoplasme; par une petite éraillure de sa surface, il s'écoule une certaine quantité de liquide brunâtre. La dissection de la partie superficielle de la tumeur se fait aisément; la partie profonde est fortement adhérente et difficilement isolée. Le néoplasme semble s'être développé dans le muscle grand oblique. Quand il est enlevé, on s'aperçoit qu'il est resté *dans la plaie une sorte de coque* qui entourait la partie profonde de la tumeur. On dissèque et on extirpe soigneusement cette coque.

L'extirpation des parties altérées terminée, des fils de catgut remplacent les quelques pinces hémostatiques appliquées pendant le cours de la dissection. Puis on réunit la plaie par six sutures profondes. Drain aux extrémités.

Pansement antiseptique avec gaze iodoformée et phéniquée. Bandage ouaté légèrement compressif.

Examen de la tumeur. — La tumeur est constituée par un tissu mollasse, rougeâtre, parsemé d'une série de petits kystes remplis par un liquide rouge-brunâtre assez épais. Elle présente les caractères macroscopiques et histologiques du *cysto-sarcome*.

Suite de l'opération. — Les suites de l'opération ont été aussi bénignes que possible. Aucune réaction ni locale ni générale.

Le 15 mai. On enlève l'un des drains, celui de l'angle antérieur de la plaie.

Le 17. On retire trois fils.

Le 21. Les trois autres.

Le 25. Le deuxième drain.

Le 28. La cicatrisation est achevée.

Le 30. L'opérée se lève.

Le 2 juin, elle quitte le service.

A plusieurs reprises elle a été revue. Sa santé est parfaite. Il n'existe aucun indice de récurrence.

Les deux observations qui suivent nous ont paru devoir

être rattachées à ce chapitre à titre de documents sur des moyens de diagnostic rarement employés.

Dans le premier cas rapporté par Hulke, cet auteur s'est servi de l'hystéromètre pour mobiliser la matrice afin de reconnaître ses rapports avec la tumeur.

Nous croyons qu'une semblable méthode de recherche ne trouvera pas souvent son application.

Dans le deuxième cas, Sängér a cherché la confirmation de son diagnostic dans un examen avec l'aide du chloroforme. Il n'a pas obtenu de renseignements plus exacts que par la méthode ordinaire. On pouvait s'y attendre, puisque le principal moyen de diagnostic est basé sur la contraction volontaire des parois de l'abdomen qui est supprimée par le chloroforme.

OBSERVATION LI. — *Excision d'une tumeur fibreuse attachée au fascia transversalis* à Middlesex hospital, Service de M. HULKE (1).

5 août. — La malade, une femme plutôt au-dessus de l'âge moyen, présentait une tumeur ovale située au-dessus des deux tiers extérieurs de l'arcade crurale à droite. M. Hulke dit qu'une différence d'opinion existait entre ses collègues pour savoir si la tumeur était extra ou intra-péritonéale. *Elle n'était pas en relation avec l'utérus, comme on s'en était assuré en déplaçant cet organe au moyen d'une sonde.* Il proposa de faire une incision franche à travers les tissus sus-jacents, de disséquer avec précaution vers la tumeur et de l'enlever à moins qu'il ne trouvât impossibilité à le faire sans blesser le péritoine. En effet, ayant divisé les tissus superficiels, M. Hulke disséqua les obliques externe et interne et la portion superficielle du transverse et trouva la tumeur attachée au fascia transversalis. Par une dissection très soigneuse, principalement avec le manche du scalpel et les doigts, il put l'enlever sans blesser les tissus profonds.

La plaie ayant été fermée par un couple de sutures trempées dans une solution phéniquée fut pansée suivant la méthode de Lister. On prescrivit à la malade un grain d'opium immédiatement après sa reprise de connaissance et un toutes les trois heures après. La tumeur était une simple production fibreuse à peu près à moitié aussi large qu'un œuf de poule.

(1) *Lancet*, 1870.

OBSERVATION LII. — EMPLOI DU CHLOROFORME POUR LE DIAGNOSTIC. — *Fibrome de la paroi abdominale*, par SÄNGER (1).

Femme K..., 32 ans, 3 accouchements sans l'aide de l'art, le dernier il y a trois ans et demi. Vit dans de bonnes conditions. Raconte à ma consultation, le 1^{er} mars, que depuis cinq mois environ elle a remarqué dans la région gauche de l'hypogastre une tumeur dure, un peu sensible à la pression, grosse comme une prune à son début. Dans ces derniers temps, celle-ci s'est accrue rapidement, gêne pour se plier et s'asseoir, est de temps en temps le siège de douleurs piquantes.

Il y a dans l'hypogastre gauche, sur le ligament de Poupart, une tumeur de consistance dure et de faible mobilité qui atteint en dehors la ligne axillaire, en dedans la ligne médiane, dépasse en haut le grand bassin, est de la grosseur du poing, mais ovale, et a son grand diamètre de 7 centimètres dirigé presque transversalement. Elle fait une saillie hémisphérique au-dessus du niveau de la paroi, semble recouverte d'une peau seulement un peu pauvre en graisse, mais facile à pincer au-dessus d'elle. Aucune relation avec les organes du bassin, les deux ovaires faciles à sentir, à part une perioophorite gauche, rien de particulier dans les annexes de l'utérus. Ce dernier est petit et en rétroversion. Un examen nouveau sous le chloroforme, le 6 mars, avec le médecin de la maison, Dr Landmann, fortifia sans rien y ajouter le diagnostic déjà posé de tumeur desmoïde à marche rapide de la paroi de l'abdomen, avec point de départ dans les muscles larges, c'est-à-dire leurs aponévroses.

Au retour d'un long voyage, j'appris que la malade, qui avait consulté une longue série de spécialistes, avait été opérée par Schröder et que notre diagnostic avait été complètement confirmé. On trouva le point de départ de la tumeur, probablement un fibrome, dans le fascia transversalis.

(1) *Loc. cit.*

CHAPITRE VII

HISTORIQUE DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT

Divers moyens ont été mis en usage pour le traitement de cette affection. Ce sont :

L'extirpation totale de la tumeur ;

L'extirpation incomplète ;

La section ou la ligature sous-cutanée du pédicule de la tumeur ;

Les injections et les sétons à travers sa masse ;

Les cautères et les fondants à sa superficie.

Nous passons sous silence les traitements internes, ou les manœuvres chirurgicales accessoires. Tels furent par exemple les tractions ou les mouvements de bascule du côté de la cuisse que pratiquait Huguier pour séparer la tumeur du bassin.

L'ablation par le bistouri est la méthode la plus ancienne et la seule qui ait persisté ; sur 107 cas de tumeurs qui ont été rapportés par les auteurs, elle a été pratiquée 91 fois. C'est un chiffre qui indique, éloquemment, la préférence qu'on a donnée à cette méthode.

A l'heure actuelle le seul traitement que l'on puisse proposer pour ces affections c'est *l'ablation*. Elle seule a donné des guérisons.

Toutes les autres méthodes proposées pour la remplacer ont échoué.

En 1860 parut, avec Huguier, la *section sous-cutanée du pédicule* des tumeurs fibreuses de la paroi antérieure de l'abdomen. Cette opération était basée sur l'idée que l'on se faisait du développement de ces tumeurs aux dépens de l'os. Il fallait les séparer de leur point d'origine d'où leur venaient les vaisseaux nourriciers. Nous savons combien toutes ces données sont fausses, aussi ne sommes-nous pas étonnés de l'insuccès des tentatives chirurgicales qui en sont résultées.

La section sous-cutanée du pédicule a été pratiquée trois fois seulement : une fois par Gosselin, et deux fois par Huguier. Le manuel opératoire fut celui qui est encore employé pour la ténotomie.

Le succès fut nul.

Dans les deux premiers cas, après une seule tentative de section, il fallut recourir à l'ablation. Dans le dernier cas, la malade fut abandonnée comme incurable. L'honnêteté de Huguier ne lui permit pas de constater l'amélioration qu'il désirait.

Cette opération fut donc parfaitement inutile. Dans tous les cas, elle n'a jamais produit d'accidents par elle-même, mais elle a été nuisible aux malades par la perte de temps qu'elle a entraînée.

La ligature sous-cutanée du pédicule, qui poursuivait le même but que la section sous-cutanée du pédicule, parut 11 ans plus tard, en 1871. Elle est due à Richet; elle fut chaudement préconisée par son élève Salesses en 1876.

Elle ne fut employée qu'une seule fois, et faillit être suivie de graves accidents : une suppuration étendue de

la paroi abdominale nécessita des incisions et fit souffrir beaucoup la malade. Nous reproduisons le texte de l'observation quoique, après examen répété, il nous paraisse possible que la tumeur en question n'appartienne pas à la paroi abdominale.

OBSERVATION LIII. — *Tumeur péripelvienne. Traitement par la ligature sous-cutanée.* — Communiquée par M. le professeur RICHET et publiée dans la thèse de SALESSES.

Madame L..., âgée de vingt-cinq ans, vint consulter le docteur Richet au mois de juin 1871 pour une tumeur située dans la fosse iliaque gauche, qui donnait lieu à de très violentes douleurs, un peu calmées, toutefois, depuis quelque temps. Cette tumeur, de la grosseur du poing, semblait située entre les parois abdominales et avait son siège un peu au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal. Elle était arrondie, régulière, élastique, mobile, et ne paraissait pas suivre les mouvements de la paroi abdominale. Un examen plus attentif permettait de lui assigner son siège véritable, qui était la fosse iliaque interne, et en écartant la tumeur, la malade étant penchée sur le côté droit, on pouvait s'assurer qu'elle était implantée effectivement sur la face interne de l'os des iles par un pédicule qui pouvait avoir approximativement la grosseur du petit doigt. Cette circonstance conduisit M. le professeur Richet à supposer qu'il serait possible de la détacher de son point d'implantation par une ligature, métallique ou autre, portée autour du pédicule à l'aide d'une aiguille de Deschamps, et à travers une ouverture faite avec un instrument étroit, en un mot, par la ligature sous-cutanée analogue à celle qui est mise en usage pour lier les veines du cordon par le procédé de MM. Gagnebé, Ricord et Vidal (de Cassis). Cependant, comme il s'agissait là d'un procédé nouveau, M. Richet voulut avoir l'avis de deux confrères expérimentés qui, sur sa demande, lui furent immédiatement adjoints : l'un était Nélaton, l'autre le professeur Gosselin. Après examen attentif, ces deux professeurs partagèrent les espérances de M. Richet et l'encouragèrent dans cette voie. L'opération fut pratiquée le 22 avril 1872, de la manière suivante :

Une simple ponction fut pratiquée le long de la crête de l'os des iles à 2 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure; une sonde cannelée fut introduite directement jusqu'au niveau du pédicule de la tumeur, et, quand on se fut assuré de cette façon du pédicule et de son insertion, une aiguille de Cowper munie d'un fil métallique en argent fut glissée le long de la cannelure de la sonde cannelée. On contourna le pédicule, et avec des pinces on alla cher-

cher l'extrémité du fil ramenée du côté du pédicule opposé à celui par lequel on avait pénétré.

L'aiguille fut alors retirée, puis le fil fut serré avec le tord-fil employé dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, et l'appareil fut laissé en place. Sans qu'on fût obligé de serrer davantage le fil, le 4^e jour le pédicule fut coupé, et l'anse de fil sortit tout naturellement par la plaie qui lui avait donné passage. Jusque-là tout avait marché à souhait. Aucune douleur notable ne s'était manifestée localement; la malade n'avait éprouvé aucune réaction générale, et c'est à peine si quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent s'étaient écoulées le long du fil. Mais une fois celui-ci retiré, les choses changèrent de face. Un empâtement d'abord limité au pourtour de l'ouverture se manifesta dès le soir du cinquième jour, puis il s'étendit de proche en proche à toute l'étendue de la fosse iliaque. Une réaction générale excessivement vive s'empara de la malade : fièvre, agitation, nausées, perte de l'appétit, si bien que dès le septième jour, l'opérateur, voyant un suintement purulent se faire par l'ouverture quand on pressait sur les parois de la fosse iliaque, n'hésita pas à introduire une sonde cannelée et à débrider par le haut et par le bas. Il fit une incision de 4 à 5 centimètres, qui donna issue à un demi-verre environ d'un pus horriblement fétide et d'une couleur brune, mélangé de caillots et de débris. Pendant plusieurs jours l'écoulement se fit avec une certaine abondance, mais l'inflammation resta toujours limitée aux parois de la fosse iliaque sans jamais gagner le péritoine.

Pendant ce temps, la tumeur qui avait semblé participer à l'inflammation suppurative diminuait notablement de grosseur. Des injections détersives étaient pratiquées régulièrement matin et soir avec de l'eau de noyer alcoolisée. La malade reprit bientôt l'appétit. L'écoulement diminua de plus en plus, et le vingt-cinquième jour après l'opération, la plaie était complètement cicatrisée et *la fosse iliaque débarrassée*.

Il n'existe également qu'un seul cas de traitement des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen par *des injections*. Il appartient à Sydow, chirurgien suédois. Le résultat fut encore plus déplorable que dans la ligature sous-cutanée. L'injection fut suivie de gangrène de toute la masse morbide et de mort de la malade. Aussi avons-nous été étonnés de voir un chirurgien danois de talent, Boye, proposer aussi des injections dans les tumeurs de cette nature. Il espérait pouvoir produire un degré très léger

d'inflammation, il avait pour but d'épaissir le péritoine et de le rendre plus facile à décoller. Nous croyons qu'il a sagement fait de ne pas réaliser ses projets.

L'observation qui suit est le seul exemple de la méthode de traitement par les injections interstitielles.

OBSERVATION LIV. — *Un cas de grosse tumeur dans la paroi abdominale*, par SYDOW (1).

La femme du cordonnier L..., qui est âgée de 32 ans, ne peut se souvenir qu'aucun de ses parents ait souffert d'un cancer ou de quelque autre maladie grave et de longue durée. Elle-même a joui constamment d'une santé irréprochable. De son mari elle a eu deux enfants bien portants, dont le plus jeune a actuellement environ 4 ans. C'est elle-même qui a nourri au sein les deux enfants, dont le dernier pendant 8 mois. Lorsque celui-ci eut atteint l'âge d'un an environ, les menstrues de la mère disparurent et le ventre commença à croître sans qu'elle en ressentit une incommodité proprement dite, à peu près comme dans le cas d'une grossesse. Toutefois, comme le ventre continuait de croître au delà du temps normal de la grossesse, elle prit le parti de consulter d'abord un médecin, et bientôt après, vers la Noël de l'an 1865, elle vint me voir. Comme la malade paraissait bien portante du reste et qu'elle ne me fit qu'une seule visite, je ne puis me rappeler qu'une chose depuis ce moment, c'est qu'elle avait entre le nombril et le pubis une tumeur d'une dimension considérable et que cette tumeur me parut être un éléphantiasis.

La tumeur continua de croître, elle devint de plus en plus proéminente et commença à pendre en bas. Vers le milieu de l'été de 1866, la malade alla consulter à Stockholm pour ce mal, mais sans résultat, et depuis ce moment la tumeur se mit à croître plus rapidement. Au printemps suivant, elle était couverte d'une peau d'aspect normal bien qu'elle pendit déjà en forme de tablier, recouvrant les parties génitales.

Au commencement d'octobre 1867, je visitai la malade pour la première fois chez elle. Depuis quelques mois elle était obligée de rester chez elle et même de s'aliter. Elle était incommodée en partie par le poids de la tumeur et en partie par l'état de plaie qui s'y était produite et l'ulcération qui s'en était suivie. Ses forces et sa physionomie étaient encore bonnes; aucune douleur proprement dite, l'appétit bon; toutefois, les selles et l'écoulement urinaire étaient irréguliers.

(1) *Ett fall af en större tumör i bukväggen*, par Sydow. Upsala Läkare Förenings Förhändlinger III, 6, p. 649.

La plus grande partie du bas-ventre, les parties génitales et la partie supérieure des cuisses étaient couvertes d'une énorme tumeur. La tumeur, qui est dure, ferme et nulle part fluctuante, est attachée à la peau par une base très large et cependant son bord supérieur est placé à deux pouces et demi au-dessous du nombril et son bord inférieur est à peu près à deux pouces au-dessus du pubis. A partir de là, la tumeur s'élargit considérablement, de sorte que son circuit supérieur est d'une aune et un pouce : ensuite il diminue graduellement en allant vers le bas. En général, elle est un peu plus large que longue ; son plus grand diamètre vertical a près de 6 pouces décimaux, tandis que son plus grand diamètre transversal atteint presque 8 pouces décimaux. La plus grande saillie de la tumeur, depuis sa base apparente jusqu'au sommet, est de 5 pouces décimaux. La tumeur, dont le sommet inégal fait un peu plus de saillie du côté gauche de la ligne médiane, présente en ce point, à gauche, un segment en forme de croissant, séparé du reste par un sillon profond. Cette partie est complètement dépourvue de peau ; la couleur en est d'un rouge vif et l'aspect extérieur en est tuberculeux ; elle ressemble à un ulcère fortement granuleux. Elle paraît être encore en période de croissance et elle émerge en forme de fungus par-dessus la peau environnante. L'autre partie de la tumeur forme un bloc compacte, uniformément arrondi ; la peau manque aussi à sa partie supérieure, où elle présente un aspect jaunâtre, ressemblant à celui d'une dégénérescence graisseuse avec apparition de tissu fibreux. A la partie inférieure se trouve encore un reste de peau à l'aspect racorni et gangréneux. Le segment supérieur suinte beaucoup, la partie inférieure est sèche. La peau, autour de la tumeur elle-même, dans le pli qu'elle forme et dans le voisinage, est intertrigineuse. Le toucher, les investigations à l'intérieur ne font découvrir aucun prolongement de la tumeur dans le bassin ; mais le bord supérieur de la tumeur présente un prolongement sous la peau, qui remonte à un ou deux pouces, vers le haut, et ce prolongement semble doué d'une certaine vitalité.

La tumeur dégage une odeur infecte. Les organes respiratoires et circulatoires ne présentent rien de remarquable. Les fonctions de l'estomac s'accomplissent généralement d'une façon régulière.

Vivement désireux de faire quelque chose pour guérir cette maladie et, sur l'indication du docteur Holm, ayant lu, dans la *Revue médicale* allemande de juillet 1867, deux articles sur le traitement des tumeurs cancéreuses par l'injection de diverses substances, d'après les méthodes de Thiersch, de Nussbaum, de Broadbents et de Moore, je commençai le 6 octobre des injections de solution de nitrate d'argent au 1/2000 avec application simultanée de la même solution par le moyen de compresses. Ce jour-là j'administrai deux de ces injections, d'après le pro-

cédé ordinaire, dans cette partie de la tumeur en forme de croissant, située en haut et à gauche, qui avait 5 pouces en longueur et 3 pouces en largeur et était encore en période de croissance. Ni l'introduction de l'injection, ni les injections elles-mêmes ne provoquèrent la moindre douleur. Un peu du liquide injecté s'écoula de l'une des piqûres, et de l'autre piqûre il sortit un peu de sang.

Comme le 7, aucun symptôme de réaction générale n'apparaissait, mais seulement un aspect blanchâtre et un peu de fluctuation autour de la plaie, trois autres injections furent pratiquées.

Le 9, aucune réaction générale, et une réaction locale tout à fait insignifiante. Quatre injections furent pratiquées, cette fois en bas, mais dans le voisinage de la partie attaquée la première fois : trois de ces piqûres ont saigné un peu. Le 12, même situation, cinq injections nouvelles, dont trois dans la partie choisie au début, dont la consistance est peut-être un peu plus molle, mais dont l'aspect n'a pas changé.

Le 15, même situation : toutefois, la partie attaquée au début s'est un peu racornie; en outre, l'odeur désagréable est peut-être un peu moins forte qu'auparavant. Alors je pratiquai des injections avec une solution de chlornatrium (chlorure de sodium) à 1/1000, avec compresses de la même solution, traitement que j'avais déjà appliqué la veille. A partir de ce jour, je me mis à pratiquer dans les mêmes piqûres plusieurs injections dirigées dans divers sens. Dans deux de ces piqûres, j'introduisis six injections de la même solution.

Le 18, aucune réaction générale; les parties attaquées avaient noirci et s'étaient affaissées dans la portion inférieure; la portion supérieure était encore rouge et proéminente. L'odeur avait diminué, sans doute à cause des bains et des lotions répétées; en effet l'odeur était plus forte la nuit que le jour. Je pratiquai deux injections doubles et une triple, de façon qu'une partie du liquide injecté pénétrât à travers la masse gangréneuse. Plusieurs fois, en pratiquant ces injections, j'ai dû employer beaucoup de force, soit pour pousser, soit pour retirer la canule, surtout dans les parties déjà anciennes de la masse dure et calleuse de l'abcès. Plusieurs fois même, la canule s'est brisée, comme j'essayais de la tourner dans le trou de la première piqûre qui avait été faite.

Le 24, les taches noires ont disparu, de sorte que cette partie de la tumeur est notablement réduite.

Au commencement de novembre les jambes de la malade commencèrent à grossir et à se gonfler avec symptômes œdémateux. En même temps, la physionomie de la malade devenait de plus en plus pâle et fatiguée. Le 2, la couche supérieure de la tumeur proprement dite commença à devenir plus molle et à prendre une couleur tirant sur le gris vert. Alors je commençai des injections à l'acide acétique

dilué à raison de 1 + Aqu. p. 3, avec compresses de la même solution affaiblie. Trois doubles injections furent faites dans la partie rouge vif, déjà très notablement diminuée, vers le haut et à gauche : il s'ensuivit une douleur intense et assez longue (un quart d'heure). Deux autres injections furent faites dans les autres parties gangréneuses, sans provoquer aucune douleur. Une hémorrhagie s'est produite après les injections, mais elle a pu être facilement et bientôt arrêtée. Elle prit ensuite un caractère rebelle et il se produisit des ébullitions de gaz en grande quantité et avec accompagnement de sang.

Le 6, je pratiquai encore deux injections, qui produisirent les mêmes effets, c'est-à-dire une hémorrhagie accompagnée de bouillonnement de gaz. L'ancienne tumeur se gangrenait de plus en plus, de sorte qu'en bas et vers le haut, elle pendait comme une poche molle et noirâtre. Le processus gangreneux continua, de sorte que le 18, je dus faire l'ablation de toute la masse des parties noirâtres. Plus tard, la partie supérieure de gauche devint livide et dépérit elle-même. Des frissons irréguliers, une douleur pleurétique dans la poitrine et un peu de toux se produisirent et la malade expira le 19 novembre.

A l'autopsie, qui a eu lieu deux jours après, la masse gangrenée couvrait le bas-ventre au-dessous du nombril, de la crête iliaque antérieure gauche à la crête iliaque droite ; toutefois la tumeur ne couvrait pas les parties génitales. Elle avait son siège entièrement dans les téguments abdominaux, et se repliait d'un pouce à peine à l'intérieur, revêtue du péritoine qui tapisse la paroi abdominale, lequel avait conservé son aspect normal. Cette membrane au niveau de la tumeur était congestionnée de sang, mais sans exsudation et sans adhérence avec les organes de l'abdomen. La tumeur elle-même, du côté du péritoine, formait une proéminence ovale longue d'un demi-pied, avec un prolongement aigu et plus vivant, dirigé vers le haut, et mesurant deux pouces de long et environ un pouce de large. Deux veines, ayant l'épaisseur d'un doigt, sortaient de la tumeur, l'une d'un côté, l'autre de l'autre, vers le bas, sur les parois latérales de la vessie. L'utérus et les ovaires ne présentaient rien d'anormal. Le foie, tout à fait exsangue, était gris jaunâtre. Les reins, de couleur grisâtre, étaient granuleux à la surface comme à l'intérieur. La rate, assez grosse, était ridée, molle, rouge foncé, sans dépôt granuleux ni autre changement de couleur. Les poumons, exsangues depuis longtemps, adhérents à la paroi thoracique, étaient œdémateux. Surtout dans les parties supérieures, il se trouvait un grand nombre d'amas jaunâtres, d'une grosseur variant entre celle d'une tête d'épingle et celle d'un grain de chénevis, d'une mucosité purulente, qui donnait au poumon, dans le sens de la section, un aspect pointillé.

La pointe du cœur, sur une surface de la longueur du petit doigt,

était rattachée aux ventricules par une ancienne adhérence. Les muscles et les valvules avaient un aspect normal. Aucune formation nouvelle n'apparaissait sur la peau, dans les ligaments sous-cutanés, non plus que dans les organes intérieurs.

« Pour les hommes de l'art, la question qui s'agite ici est celle-ci : quelle relation existait-il entre les injections pratiquées et le *processus* gangréneux de la tumeur ? En étaient-elles la cause ?

« Je crois pouvoir répondre que non. La partie de la tumeur qui a été la plus attaquée par les injections s'est gangrenée certainement dans une portion insignifiante, mais non dans son entier.

« Quant à la partie qui a été moins injectée, c'a été celle qui a présenté le plus tôt des symptômes d'organisation fibreuse et de dégénérescence graisseuse. En outre, lorsque les injections commencèrent elle n'avait plus qu'une faible vitalité, elle ne croissait plus et déjà elle était couverte d'une peau gangréneuse et comme momifiée.

« Comme c'est surtout dans cette partie que les formations gangréneuses ont atteint leur plus grand développement, je considère que ce fait est le résultat de la métamorphose régressive que je viens de signaler et de la faible vitalité de la tumeur, bien que je ne puisse nier que les piqûres faites avec le canule et les extravasations de sang qui ont été produites par les injections ont pu produire des ulcérations. Quant aux diverses substances d'injection employées, on peut le constater, elles n'ont produit, à proprement parler, de changement dans la tumeur que lorsqu'elle a été en quelque sorte minée par les nombreuses ponctions et injections. On ne saurait tirer de là aucune conclusion au sujet de la plus ou moins grande utilité des substances injectées dans des cas de cette nature.

« Les injections à l'acide acétique ont été les seules qui aient occasionné de la douleur.

« Mais il faut se souvenir ici que, comparativement aux solutions de nitrate d'argent (1/2000) et de chlornatrium (1/1000), la solution d'acide acétique (1/3) était à un degré beaucoup plus considérable. Ces proportions ont été prises d'après les indications fournies par l'*Arztliches Litteraturblatt*.

« Il n'a été constaté ni métastases intérieures, ni symptômes nerveux ou digestifs, capables d'amener la mort. Par contre, il existait de la toux, un point pleurétique et des frissons irréguliers, de l'œdème et des dépôts de pus dans les poumons ; aussi est-ce là incontestablement qu'il faut chercher la cause de la mort.

Cette tumeur a été analysée par Hedenius qui s'exprime ainsi à son sujet :

« La grosse tumeur qui vient d'être décrite m'a été envoyée par le docteur Sydow et je l'ai soumise à un examen minutieux.

« La tumeur a partout une consistance extraordinairement ferme et dure : elle ressemble, à ce point de vue, au cartilage semi-lunaire. C'est seulement avec la plus grande difficulté que j'ai pu la couper avec un couteau. Vue au microscope, elle consistait principalement en un tissu compacte, *grossier et fibreux* dont, en certains endroits, les fibres se présentent sous la forme de faisceaux en boucles, mais sont le plus souvent droits et tendus. Ces faisceaux fibreux s'entre-croisent dans toutes les directions possibles, de sorte que, dans les préparations microscopiques, on obtient des sections obliques et transversales différentes ; plusieurs faisceaux ont l'aspect de points groupés ensemble ou présentent une image irrégulière.

« A travers cet écheveau grossier qui court et se croise dans tous les sens possibles, apparaît un tissu généralement ferme, épais et comme feutré. Comme le tissu que je viens de décrire prédomine dans la tumeur, celle-ci pourrait être considérée comme une *tumeur fibreuse*.

« A première vue, en présence d'une tumeur fibreuse aussi considérable à la surface du corps et *pendant* en bas jusque sur une partie de la cuisse, on serait tenté de croire que l'on a affaire à une sorte d'*éléphantiasis Arabum*, dont plusieurs cas divers ont été déjà décrits il y a quelques années dans les réunions médicales. Tel n'est pourtant pas le cas, attendu que la tumeur s'est produite sans qu'un érysipèle l'ait précédée ni accompagnée, sans fièvre, sans gonflement œdémateux ni affection du système lymphatique. La tumeur ne s'est pas développée en partant des extrémités ni des organes génitaux, mais en partant du tronc. Or on sait que ce n'est pas de là que l'*éléphantiasis* procède ordinairement, à l'exception de l'*hypertrophia mammæ*. Elle ne s'est pas formée par une hyperplasie du *corium* ni des tissus sous-cutanés, mais elle s'est développée en partant des faisceaux antérieurs de la paroi abdominale, et en croissant, elle a détruit la peau qui se trouvait devant elle. On ne saurait non plus la rattacher à la nouvelle formation de tissus ligamenteux, que Virchow appelle *fibroma molluscum*. Sans doute cette sorte de tumeur se produit de préférence sur le tronc, et elle se développe également sans fièvre ni autres symptômes ; mais le *molluscum* procède précisément des ligaments sous-cutanés, et d'ordinaire il est multiple. Or la tumeur fibreuse dont il s'agit était solitaire. Elle s'est développée en partant des faisceaux antérieurs de la paroi abdominale et peu à peu elle a poussé sous forme lobée, sur la surface du corps et recouverte de peau. A ce point de vue, elle rappelle surtout les *fibrophytes parasitaires implantés* de Cruveilhier. Dans la croissance, elle n'a produit aucun désordre par voie d'infection ni aucune modification hétéro-plastique, mais elle s'est frayé

un chemin en partie par la pression qu'elle exerçait et en partie par l'atrophie qu'elle a produite dans ce qui — tel que les muscles abdominaux — se trouvait sur son chemin. La tumeur pourrait donc être considérée comme un fibrome multilobulaire bien caractérisé si elle ne présentait pas en maint endroit une autre constitution histologique.

« En effet, la tumeur présente en diverses parties une abondance de cellules beaucoup plus grande que cela n'est le cas lorsqu'il s'agit d'un tissu véritable et normal. Ces cellules sont plus grandes que celles des organes ligamenteux ordinaires et elles ont toutes à peu près la même forme. Elles sont longues, étroites, étendues en forme de fuseau. Le noyau est très gros et remplit toute l'étendue de la cellule. Les cellules sont en certains endroits accumulées de façon à former une masse assez compacte; cependant elles n'ont pas entre elles un contact immédiat comme le serait celui d'alvéoles contiguës. Chacune d'elles est entourée d'une substance intercellulaire bien visible. Dans les parties de la tumeur les plus riches en cellules, il se trouve précisément une grande quantité de vaisseaux sanguins, de sorte qu'en les coupant elles prennent un aspect rouge violet et se couvrent très vite de sang provenant des vaisseaux coupés. Elles sont généralement larges et ont des parois minces.

« Dans leurs préparations microscopiques, on aperçoit plusieurs extravasations sanguines anciennes et récentes. Ce tissu ressemble à la nouvelle formation que Paget appelle *tumeur fibroïde récurrente*, *sarcome fuso-cellulaire*. En conséquence la tumeur en question présente un caractère moins bénin, ce qui résulte d'ailleurs de sa croissance plus hâtive, ayant abouti à l'ulcération et au processus gangréneux. Comme dans la plus grande partie de son développement elle avait un caractère bénin et que, dans sa plus grande masse elle consistait en un tissu fasciculaire grossier, extraordinairement dur, j'estime que, dès le début, elle a été un fibrome simple, qui a dégénéré en suite en sarcome, et que l'on doit la ranger dans la catégorie des tumeurs que Wirchow appelle *fibroma fasciale sarcomatosum*.

Les tentatives de traitement par les *sétons*, les *cautères* et les *fondants* ne méritent pas d'être rapportées en détail. Elles ont toujours été inutiles et quelquefois dangereuses.

Les *sétons* et les *cautères* ont déterminé un état inflammatoire de la peau et du néoplasme nuisible par les adhérences qui ont suivi, par les troubles généraux qui ont accompagné sa présence.

Un cas de traitement par le séton est rapporté dans une observation d'Huguier (1860). Sa malade présentait deux sétons filiformes placés en croix dans l'épaisseur de la tumeur. Rougeur de la peau, douleurs vives, fièvre, troubles dans les fonctions digestives, perte de l'appétit, nausées, voilà les résultats qu'ils avaient amenés.

On voit que l'ablation seule reste comme méthode curative.

L'ablation complète est le seul traitement que nous puissions recommander. C'est le seul qui présente les *garanties* que demande la chirurgie des tumeurs, c'est-à-dire la *mise à l'abri des récidives*.

Cependant, on a pratiqué l'*extirpation incomplète* en laissant un morceau de tumeur en contact avec le péritoine. On peut jusqu'à un certain point excuser ces opérations à cause de l'époque où elles ont été faites. En effet, les faits connus sont antérieurs à la période antiseptique et le chirurgien, placé entre le péril d'une récidive et celui d'une péritonite par plaie péritonéale, a pu hésiter.

L'*ablation incomplète* de la tumeur a été pratiquée trois fois. En 1860 Gosselin, dans la crainte d'ouvrir le péritoine, laissa un morceau du fibrome adhérent à la séreuse dans le fond de la plaie. Il se produisit une sorte de récidive sur place qu'il fallut attaquer de nouveau, la cicatrisation survint enfin.

Mais on ne peut considérer cela comme une guérison, car la malade portait un noyau dur qui la faisait souffrir beaucoup et elle dut se faire construire un appareil protecteur.

Le deuxième cas de ce genre appartient à Esmarch. L'observation est rapportée dans la thèse de Cornils en

1865. L'opérateur avait laissé un tout petit morceau de tumeur au fond de la plaie (*pauxillulum* est le terme latin dont il s'est servi pour désigner la quantité de tumeur).

Il avait pris ce parti de même que Gosselin afin de ne pas blesser le péritoine. La malade guérit sans encombre en trois semaines.

Le troisième fait est de Laroyenne, qui a laissé également un petit morceau de tumeur au fond de la plaie et dont la malade a guéri.

Malgré les résultats favorables qu'Esmarch et Laroyenne nous ont fait connaître, cette méthode est déplorable, car tous ces fibromes peuvent récidiver sur place comme dans l'observation de Gosselin, et c'est à juste titre que Nicaise a insisté sur la possibilité des récidives des tumeurs bénignes et en particulier de celles dont nous nous occupons.

C'est donc exposer son patient à un grand danger que d'employer un tel procédé. Maintenant l'hésitation n'est plus permise. Les blessures du péritoine sont devenues d'un pronostic beaucoup moins grave. Il est préférable d'enlever le péritoine sur une certaine étendue plutôt que de laisser un morceau de tumeur, si petit qu'il soit.

OBSERVATION LV. — *Tumeur péripelvienne. Ablation. Guérison*, par LAROYENNE, recueillie par M. HUMBERT-MOLLIÈRE, interne du service (1).

Louise F... T..., âgée de 36 ans, entre le 9 mars 1869, salle Saint-Paul, n° 70, à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service de M. Laroyenne. Cette femme petite, mais bien conformée, est manifestement hystérique, et depuis déjà un certain temps atteinte de leucorrhée. Il y a environ trois ans, elle vit se développer, un peu au-dessus du pli de l'aîne, du côté droit, une petite tumeur de la grosseur d'une noix, à marche d'abord lente, mais qui, depuis trois mois, aurait augmenté d'un tiers. Aujourd'hui (10 mars) on constate, dans cette région, une

(1) Cette observation n'a pas été citée dans notre discussion sur le pédicule, par suite d'un oubli; elle a cependant une grande valeur à ce point de vue puisque Laroyenne se prononce déjà nettement pour la non existence de ce pédicule. *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 450.

tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, dure, uniforme et qui devient fixe quand la malade, couchée, fait effort pour s'asseoir. On perçoit en un point de la tumeur une légère sensation de fluctuation, mais obscure, douteuse, au point que plusieurs personnes qui suivaient le service se refusèrent à l'admettre. Depuis quelque temps enfin, la malade éprouve quelques élancements dans la région.

Dimensions de la tumeur : diamètre transversal, 21 à 22 centimètres ; diamètre vertical, 20 à 21 centimètres.

6 avril. — On s'est décidé à l'opération. La malade ayant été préalablement endormie avec l'éther, M. Laroyenne pratique une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans, à peu près parallèle au pli de l'aîne et à 1 centimètre du ligament de Fallope, mesurant environ 12 centimètres de longueur. La peau, le fascia sous-cutané et les feuilletés réunis du petit oblique et du transverse sont successivement divisés, quelques artérioles, branches de l'épigastrique et de la sous-cutanée abdominale, liées. Enfin on arrive sur la tumeur. Très bien limitée en dehors, sa face adhère si intimement au tissu cellulaire sous-péritonéal, qu'on se voit dans la nécessité de dénuder cette séreuse sur une étendue de la largeur d'une pièce de 2 francs, et qu'on est obligé, pour ne pas l'entamer, d'en abandonner, au fond de la plaie, une légère portion. Puis on applique une suture à points passés sur deux sondes en gomme et l'on fait un pansement simple, maintenu à l'aide d'un bandage de corps. Lavement simple.

La tumeur enlevée présente le volume que nous avons indiqué. A la coupe, elle paraît être *fibreuse* ; sa couleur est d'un blanc nacré. Nulle part on ne rencontre de suc. Il existe dans son intérieur un kyste de la grosseur d'un œuf de poule, plein d'un liquide clair qui n'a pu être examiné. Il est situé à la partie antéro-supérieure de la tumeur. C'est évidemment lui qui donnait au doigt cette sensation de flot dont nous avons parlé, tout autour de lui on en rencontrait d'autres, probablement en voie d'évolution, et par conséquent beaucoup moins considérables. Cette production morbide paraît être presque exclusivement composée de tissu fibro-sarcomateux prenant en certains points tout à fait les caractères du tissu fibreux.

7 avril. — Le ventre n'est pas ballonné. Douleur localisée au niveau de la plaie. La malade a vomi. Pouls à 128°. Vin de Bordeaux. Potion avec 8 centigrammes d'extrait thébaïque.

8 avril. — Pouls à 120°. La suppuration s'établit ; on enlève un point de suture. Douleur fixe au sommet de la plaie ; on y introduit une mèche de charpie. Bon état général.

11 avril. — Toute la partie moyenne de l'incision est réunie par première intention. La malade commence à manger.

12 avril. — Pouls à 104°. Température axillaire, 36° 3/5. Constipation depuis six jours; aujourd'hui, tympanite légère, qu'on attribue aux 8 centigrammes d'opium qu'elle prend chaque jour depuis l'opération. En conséquence, on prescrit un suppositoire à la belladone.

17 avril. — On enlève le quatrième fil.

18 et 19 avril. — On enlève toutes les sutures.

26 avril. — Plaie complètement cicatrisée. L'état général est parfait. La malade part avec une ceinture hypogastrique pour contenir l'intestin et prévenir une éventration.

4 juillet. — Elle revient, croyant à une récurrence de sa tumeur. Il s'agit tout simplement d'une légère éventration, pour laquelle on lui conseille de renforcer son bandage à l'aide de deux tiges de baleine.

Réflexions de l'auteur. — Nous insisterons tout d'abord sur la rareté du siège de la tumeur à droite, contrairement aux observations de M. Bodin; puis, sur l'absence de pédicule adhérent au squelette, contrairement encore à ce qui a été mentionné; en troisième lieu sur l'existence d'une membrane kystique entourant la production morbide, dont elle rendait la nature en quelque sorte parasitaire. Ces tumeurs, qu'on pourrait peut-être appeler fibreuses ou fibro-sarcomateuses sous-péritonéales de la paroi abdominale pelvienne antérieure, ont toujours été jusqu'à présent extirpées avec succès, et aucune des malades n'a succombé aux suites de l'opération, bien que le péritoine ait été ouvert (Nélaton), largement dénudé (Laroyenne), ou qu'une péritonite se soit déclarée (Huguier). Enfin, quoique des fragments aient été abandonnés dans la place, de même que dans une observation de M. Gosselin, nous n'avons eu ni retard dans la cicatrisation, ni récurrence. Fait bien remarquable, et qui semblerait prouver qu'une tumeur renfermant à la fois les éléments du tissu fibreux et du tissu sarcomateux n'expose pas certainement à la récurrence (cinq mois se sont écoulés depuis l'opération.)

CHAPITRE VIII

DE L'EXTIRPATION. — SES DIFFICULTÉS. SES COMPLICATIONS OPÉRATOIRES.

Lorsqu'on veut pratiquer l'*extirpation* d'un fibrome de la paroi abdominale antérieure, l'incision de la peau n'offre rien de particulier. Il n'y a pas de direction préférable à donner aux incisions.

Il faut choisir la direction qui permet de découvrir, le plus facilement, la totalité du néoplasme.

Il faut chercher à ne faire qu'une incision, de façon à éviter les lambeaux. Néanmoins des opérateurs se sont vus obligés de faire des incisions multiples sans qu'il y ait eu de suites fâcheuses. On pourra donc y recourir en cas de besoin.

La peau et le tissu adipeux étant incisés, l'hémostase étant faite, la tumeur apparaît; elle est recouverte habituellement d'un feuillet aponévrotique qu'il faut inciser à son tour.

Alors deux difficultés peuvent se présenter en même temps.

L'une est *constante*, quel que soit le volume de la tumeur : c'est la *dissection des couches lamelleuses superposées à la tumeur*. Ces lamelles sont minces et transparentes. Il est important de les ménager, pour plusieurs raisons : d'abord parce qu'elles contiennent des muscles qu'il est utile de conserver, ensuite parce que si l'on ne *serre pas la tumeur d'assez près*, on s'expose à produire des décol-

lements intermusculaires qui peuvent donner lieu à des complications sérieuses.

L'autre difficulté ne se montre que si la tumeur est volumineuse, mais heureusement pas toujours : c'est l'*hémorrhagie veineuse*. On voit alors de grosses veines qui sillonnent les enveloppes des fibromes. Soit que l'on incise avec le bistouri, soit que l'on déchire avec la spatule ou le doigt, la perte de sang est inévitable, car la pince hémostatique mord quelquefois avec peine sur ces vaisseaux qui sont creusés comme des sinus dans l'épaisseur du tissu fibreux. Le mieux à ce moment est de ne pas perdre de temps à faire l'hémostase avec des pinces, mais de confier à des aides munis d'éponges le soin d'arrêter le sang, tandis que l'on détache, au plus vite, avec le doigt les enveloppes de la tumeur sur la plus grande étendue possible. A un certain moment le fibrome privé de ses vaisseaux afférents cesse de donner du sang, et l'on peut continuer l'opération avec la lenteur désirable.

Quand on arrive à la périphérie de la tumeur, on est exposé, en plus des décollements entre les aponévroses et les muscles, à produire des pertes de substance musculaire inutiles en coupant trop loin de la tumeur. Aussi faut-il redoubler de soins. Il faut déchirer les insertions musculaires et aponévrotiques sur la tumeur avec la spatule ou le doigt, lentement, fibre par fibre. C'est le moyen préférable. Quelques auteurs, entre autres Säger, Sklifowski et plus récemment Brun, ont coupé nettement la paroi avec le bistouri ou les ciseaux. Säger a même voulu faire passer en pratique cette méthode; il a écrit un mémoire sur ce sujet. Il fait remarquer que la section nette a l'avantage de faire une plaie moins anfractueuse; or ce raisonnement est spécieux. Cet avantage n'est rien

en face des inconvénients qui résultent de cette pratique. La plaie est très grande ; la perte de substance ne peut être comblée, l'éventration est fatale. On s'est exposé à produire chez le malade une infirmité que l'on pouvait peut-être lui éviter.

Sänger, pour une tumeur de 700 grammes, a fait une plaie si grande que la peau seule a pu recouvrir les intestins et qu'il y a eu une éventration consécutive énorme. C'est là une conduite injustifiable.

Au contraire, Labbé a pu enlever une tumeur de 20 livres en arrachant patiemment les muscles qui s'y inséraient et le péritoine qui y adhérait, si bien que l'éventration n'a pas eu lieu.

L'opération remonte à trois années.

Lorsqu'il existe une gorge, séparant la tumeur en deux lobes, au fond de laquelle s'insèrent les muscles, la difficulté de la dissection augmente encore, et l'opération en est beaucoup ralentie.

Quand on arrive à la face profonde de la tumeur, toute difficulté cesse, si celle-ci repose sur des aponévroses dont on la détache facilement. C'est le cas le plus rare. D'autres fois le tissu cellulaire sous-péritonéal est abondant et la tumeur se laisse détacher sans tirailler la séreuse. C'est ce que l'on observe pour un certain nombre de tumeurs qui siègent vers la partie inférieure de l'abdomen et qui sont peu volumineuses.

La grosse difficulté de ce dernier temps de l'opération est l'*adhérence avec le péritoine*. Si la tumeur est petite et qu'on en prenne le temps, le décollement est en général possible. Néanmoins il faut compter avec la mobilité de la paroi, les efforts de vomissements, etc. Si la tumeur est grosse et qu'elle adhère par une large surface, le dé-

collement complet devient plus difficile. C'est alors que des déchirures se produisent, et que des chirurgiens ont renoncé à pratiquer le décollement et ont fait des résections plus ou moins considérables du péritoine.

Billroth paraît avoir été le premier à mettre ce procédé en pratique. Il fut suivi par Esmarch, par Sklifossowski, Säger et Brun.

Nous pensons pouvoir affirmer que plusieurs de ces très larges pertes de substance auraient pu être évitées, si ces chirurgiens avaient eu, comme nous, la conviction qu'on peut, avec de la patience, *décoller le péritoine malgré les adhérences très étendues de la tumeur*.

Quelques-unes des déchirures et des résections du péritoine ont été certainement causées par la *précipitation* avec laquelle les opérateurs ont dû terminer leurs opérations à cause de l'affaissement de leurs malades. D'autres sont dues au désir de paraître rapide et brillant dans une opération qui demande à être faite sans aucune hâte.

Péan et Terrillon ont proposé de morceler le fibrome quand on arrivait vers sa face profonde afin de rendre plus facile la manœuvre du décollement avec le péritoine. Avec ce procédé, à force de patience le dernier auteur aurait isolé sans les rompre 30 centimètres de séreuse très mince et privée de son tissu cellulaire.

Parmi les dangers immédiats de l'opération, il faut signaler l'*hémorrhagie* et le *choc opératoire*.

L'hémorrhagie, surtout observée dans les grosses tumeurs, a été constatée dans les cas de Santesson, Boye, Billroth, Rokitsanski, Weinlechner, Säger et Labbé.

Les tumeurs de la partie supérieure de la paroi de l'abdomen, et en particulier celles qui adhèrent aux côtes, nous ont paru plus prédisposées à cet écoulement sanguin.

Boye et Labbé en furent maîtres assez facilement. Billroth se vit forcé de terminer son opération hâtivement. La malade de Rokitansky était si affaiblie qu'il n'eut pas le temps de fermer le péritoine. Celles de Weinlechner et Sängers coururent également des dangers. Il n'y a guère que dans le cas de Rokitansky que l'on puisse attribuer la mort à l'hémorrhagie. Nous avons indiqué plus haut le moyen qui nous semble le meilleur pour éviter cette complication.

Le choc opératoire a été observé plusieurs fois aussi, par Billroth, Rokitansky, Sängers, Sklifosowski, Esmarch. Il ne paraît pas avoir donné lieu à la mort.

EXEMPLE DE PÉRITOINE DÉNUDÉ SUR UNE LARGE SURFACE.

OBSERVATION LVI. — *Fibrome de la paroi abdominale. Extirpation* par M. VOLKMANN (1).

E... Edwig, femme d'employé de Halle, âgée de 32 ans.

Elle n'a jamais été malade et a eu quatre couches normales. Il y a plus d'un an, prétend-elle, elle a senti au ventre un noyau peu net, assez dur, auquel elle ne peut attribuer aucune cause. Progressivement la tumeur grossit jusqu'à la grandeur actuelle. A l'examen, on constate, dans le côté gauche du ventre, une tumeur ovale de la grosseur d'une tête d'enfant à surface lisse et à consistance passablement dure, dont le grand axe est parallèle à la ligne blanche. La tumeur s'étend jusqu'à la ligne médiane et est placée en grande partie au-dessous de l'ombilic. La peau à son niveau est normale et mobile. La tumeur qui siège dans la paroi du ventre se laisse saisir assez facilement sur les côtés pendant que les limites supérieure et inférieure sont indistinctes. Latéralement aussi on obtient un peu de mobilité.

Opération le 30 juin 1878. — Par une incision verticale sur la partie élevée de la tumeur, on voit qu'elle est couverte d'une mince couche de muscles verticaux et qu'elle est entourée par une capsule conjonctive qui en haut et en bas adhère si fortement au muscle droit que l'adhérence doit être séparée avec des ciseaux. En général les adhérences sont assez lâches.

Énucléation de la tumeur. — Au fond de la perte de substance

(1) In *Herzog*, Fibrome der Bauchdecken. Munich, 1883.

dans l'étendue de la paume de la main le péritoine intact et *mince comme une feuille de papier* s'étale au jour. Suture, drain. Pansement antiseptique. Pendant toute la durée de la plaie, bon état continu. Seulement il fallut pendant deux jours cathétériser la malade; le jour d'après l'opération, il y eut une légère élévation de température. La plaie guérit par première intention sur toute son étendue en deux pansements. Au troisième jour, les drains furent enlevés. Au 15 juillet, la malade sortit avec un bandage.

La tumeur fut reconnue au microscope comme un *pur fibrome*.

OBSERVATIONS D'ABLATION AVEC MORCELLEMENT.

OBSERVATION LVII. — *Fibrome implanté à la face externe du péritoine, au-dessus de l'arcade crurale chez une femme enceinte de sept mois. Ablation. Guérison. Accouchement à terme, par PÉAN (1).*

L... (Marie), 28 ans, couturière, entre le 27 août 1875, salle Sainte-Marthe, n° 67.

Menstruation régulière depuis l'âge de 17 ans. Deux grossesses à terme et deux avortements.

Il y a trois ans, à la suite de sa dernière grossesse, elle remarqua vers l'extrémité externe de l'arcade crurale une grosseur du volume d'une noisette, indolente et dont elle ne se préoccupa pas. Pendant deux ans cette tumeur resta stationnaire. Au commencement de la troisième année, elle grossit rapidement et s'étendit surtout dans le sens transversal. Cet accroissement inquiéta la malade qui consulta plusieurs chirurgiens français et étrangers : tous furent d'avis qu'il fallait enlever promptement cette production; mais la malade, qui refusa d'abord l'opération, a tellement souffert depuis six mois, qu'elle la réclame aujourd'hui.

Nous voyons à la partie inférieure de l'abdomen, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale droite, une tumeur bien limitée, ovoïde, dont la grosse extrémité se dirige en bas et en dedans. Sa direction est sensiblement parallèle à celle du ligament de Fallope; elle forme une saillie de 5 centimètres dans sa plus grande épaisseur. Son grand axe, oblique d'arrière en avant, de haut en bas et de dehors en dedans, présente une longueur de 18 centimètres et s'étend de la partie moyenne de la crête iliaque jusqu'au niveau du bord externe du muscle droit du même côté. Son petit axe presque vertical a dans sa plus grande étendue 7 centimètres. Elle est manifestement située dans les couches profondes de la paroi abdominale;

(1) *Tumeurs abdominales*, 1880, et *Leçons de clinique chirurgicale*, 1875-1876.

on voit qu'elle a refoulé successivement les muscles qui la recouvrent pour devenir sous-cutanée.

Située d'abord assez loin de l'os iliaque, elle s'accrole aujourd'hui à son bord supérieur. Au palper, elle est dure, solide, résistante, bosselée; ses bosselures sont larges et séparées par des sillons peu profonds; de plus elle est irréductible et ne présente aucune trace de fluctuation. Les téguments qui la recouvrent sont sains, glissent facilement à la surface et n'offrent ni changement de coloration, ni élévation de température, ni vascularisation apparente. Elle adhère intimement aux parties profondes, est le siège de douleurs vives, lancinantes, qui reviennent par accès, et cessent pour reparaitre à la suite d'un mouvement brusque, d'une pression légère ou même spontanément.

Néanmoins l'état général est bon et nous ne trouvons aucune complication du côté des ganglions de l'aîne ni des voies digestives.

Il s'agit manifestement d'une tumeur fibreuse, qui a pris naissance sur le péritoine, à la face externe duquel elle adhère par un pédicule élargi et qui a peu à peu refoulé le tissu cellulaire et les muscles de la paroi abdominale (grand oblique, petit oblique et transverse) avant de faire saillir la peau.

L'ablation est urgente.

4 septembre. — Au moyen du bistouri, nous faisons une incision de 12 centimètres parallèlement au grand axe de la tumeur, nous mettons à nu les plans musculaires de la paroi abdominale, auxquels elle est reliée par des tractus fibreux résistants; nous disséquons avec soin en commençant par la face antérieure et la périphérie. Dès que la tumeur est en partie énucléée, des aides la saisissent avec des pinces de Museux pendant que nous continuons à la disséquer jusqu'au péritoine. Nous reconnaissons alors qu'elle contracte avec la face externe de cette séreuse des adhérences étendues. A ce moment la difficulté augmente, et *pour plus de sûreté nous coupons le pédicule dans le but de mieux voir et de mieux ménager le péritoine*; nous trouvons que la portion adhérente forme une lame d'un demi-millimètre d'épaisseur, qui appartient plutôt à une sorte d'enveloppe propre qu'au péritoine lui-même. Aussi nous nous contentons de la disséquer sans exciser ce dernier. Des pinces hémostatiques appliquées sur les vaisseaux, qui sont du reste peu abondants, au fur et à mesure qu'on les rencontre, permettent d'opérer à sec. Les lèvres de la plaie sont ensuite réunies par quelques points de sutures sauf à la partie déclive, où nous laissons les pinces à demeure et un tube élastique fenêtré pour faciliter l'écoulement du pus. L'adhérence au feuillet fibreux du péritoine est de forme quadrilatère; elle a 10 centimètres de longueur, 4 centimètres de largeur. Nous aurions

pu, comme Nélaton, exciser la portion du péritoine adhérente à la tumeur et en faire ensuite la suture; mais cette pratique serait inutile et d'autant plus dangereuse que la malade est dans un état de grossesse avancée.

A la coupe, la production morbide est lisse, peu vasculaire, très dense, résistante, blanc nacré, d'une dureté fibreuse; quelque temps après son exposition à l'air, elle devient rosée. La surface extérieure est ovoïde et lobulée à sa grosse extrémité.

Le microscope montre que la tumeur est constituée par du tissu fibreux dont la vascularisation est appréciable vers la superficie, et que vers le centre elle contient des éléments embryonnaires, dont quelques-uns sont simplement sphériques et nucléaires, dont les autres sont fusiformes.

L'opération terminée, nous appliquons des compresses alcoolisées et un appareil ouaté. Le lendemain nous retirons les pinces. Nous changeons chaque jour le pansement ouaté et alcoolisé. Pas d'accidents consécutifs. Réunion dès le deuxième jour : appétit excellent, nuits calmes, pas de fièvre.

La malade sort le 8 octobre.

Deux mois après, un de nos confrères distingués de Lyon nous écrit que la malade vient d'accoucher heureusement et à terme dans son service d'hôpital.

OBSERVATION LVIII. — *Fibro-sarcome volumineux de la paroi abdominale, proéminent beaucoup du côté de la cavité. Ablation sans ouverture du péritoine, malgré une dissection difficile. Guérison, par TERRILLON. Thèse de DAMALIX, 1886, Paris, et Soc. de chirurgie, 1885, et Bulletin général de thérapeutique, 1886.*

M^{me} M..., âgée de 27 ans, est grasse et bien portante; elle a eu un enfant il y a trois ans. Aucun antécédent héréditaire.

Au mois de novembre 1884, elle s'est aperçue d'une petite tumeur de la grosseur d'un petit œuf, située dans la paroi abdominale, au-dessus de l'aîne, vers l'épine iliaque antérieure droite, ne donnant ni gêne ni douleur. Cette tumeur augmenta progressivement. Vers le sixième mois, la tumeur devint gênante, douloureuse, et après quelque temps, elle empêcha la malade de vaquer à ses occupations de journalière.

La tumeur, au mois de novembre, à l'entrée dans mon service à la Salpêtrière, avait le volume d'une tête d'adulte. Elle faisait une saillie peu prononcée sur l'abdomen, mais, par le palper, on constatait qu'elle était très grosse, oblongue dans le sens transversal, et paraissait plonger dans le bassin et la fosse iliaque.

Les limites, assez nettes, étaient, en bas, l'arcade de Fallope, d'où elle était séparée, et l'épine iliaque supérieure, à laquelle elle adhérait un peu. En haut, elle remontait jusqu'à la ligne ombilicale. En dedans, elle semblait dépasser la ligne blanche. Enfin, en dehors, elle venait s'appuyer contre la crête iliaque.

La peau mobile était couverte de vergetures, et une couche de tissu adipeux mince la séparait de la tumeur. Celle-ci était dure, consistante comme du fibrome et légèrement bosselée.

Mobile quand la paroi abdominale était relâchée, elle devenait immobile et fixée par la contraction musculaire.

Ses diamètres étaient de 25 centimètres dans son diamètre vertical et de 35 dans son diamètre transversal.

Le toucher vaginal ne donnait aucune indication. Cependant, en déprimant fortement le cul-de-sac latéral droit et en refoulant en même temps la tumeur du côté du bassin, on arrivait à la saisir entre les deux mains.

Aucun trouble de la santé générale ni du tube digestif.

Le diagnostic était facile. Il s'agissait d'un fibrome de la paroi abdominale en connexion avec les muscles et les aponévroses et avec l'arcade de Fallope et l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La seule chose inconnue et inquiétante était l'intimité de ses connexions avec le péritoine. Il paraissait certain que cette membrane était refoulée en arrière, coiffant la tumeur qui proéminait dans la région du bassin, et que probablement elle devait présenter des adhérences assez intimes avec elle; cela constituait donc une certaine crainte au point de vue des difficultés d'une ablation radicale, et aussi des suites de cette opération.

On connaît, en effet, des cas semblables dans lesquels le péritoine, très adhérent, a été enlevé dans une large étendue, en pratiquant l'ablation de ces tumeurs.

L'opération fut pratiquée le 28 octobre 1885 avec l'aide de MM. Monod et Schwartz.

Nous nous étions entourés de toutes les précautions qu'on emploie généralement pour l'ovariotomie, dans la crainte d'être obligé d'ouvrir largement le péritoine.

L'incision parallèle à l'arcade de Fallope commençait en dehors de l'épine iliaque pour dépasser la ligne blanche.

Le grand oblique aminci fut facilement reconnu, sectionné, puis le petit oblique, dont les fibres amincies, dissociées, adhéraient à la surface de la tumeur. Celle-ci fut difficile à séparer des parties voisines, et on fut obligé de faire un grand nombre de ligatures. Elle adhérait par un prolongement fibreux, épais à la partie externe de Fallope et à l'épine iliaque antérieure.

Lorsque sa surface extérieure et ses bords latéraux furent isolés complètement des parties voisines, je commençai à la dégager de la membrane péritonéale à laquelle elle semblait adhérer d'une façon intime. Cette séparation fut très difficile et nécessita une dissection très minutieuse. Je fus obligé de *laisser* dans certains points *quelques morceaux* de tumeur adhérents, afin de les disséquer plus à l'aise lorsque la masse de la tumeur fut enlevée. A force de patience, je parvins à enlever la totalité de la tumeur sans perforer le péritoine. Celui-ci, isolé dans une étendue de près de 30 centimètres carrés, était très mince, et le tissu cellulaire qui le double n'existait plus.

J'ajouterai que, au-dessus de l'arcade de Fallope, la tumeur avait tellement refoulé le péritoine, que la dissection avait porté dans le voisinage immédiat de l'artère et de la veine iliaque externe.

Malgré le volume considérable de la tumeur, j'avais donc été assez heureux pour ne pas ouvrir la séreuse.

Je dois ajouter cependant que cette opération n'est pas toujours dangereuse quand on prend les précautions antiseptiques nécessaires. J'ai enlevé, il y a deux ans, chez une jeune femme, une tumeur semblable, mais beaucoup moins volumineuse, et chez laquelle l'union avec le péritoine était tellement intime, que je dus disséquer une portion de cette membrane.

Pour terminer l'opération, je plaçai deux tubes à drainage volumineux contre le péritoine. Deux sutures au catgut complétèrent la réunion.

Les suites de l'opération furent très simples, sauf que la réunion par première intention ne fut pas complète partout, à cause d'un petit épanchement sanguin dans la profondeur de la plaie; la guérison fut retardée par un peu de suppuration.

La tumeur, qui était développée d'une façon évidente aux dépens du muscle transverse, était constituée en grande partie par du tissu fibreux, fasciculé, très dur, mais elle contenait par places du tissu sarcomateux; son poids était de 5 kilogrammes.

CHAPITRE IX

DU TRAITEMENT DES PLAIES SUCCÉDANT A L'EXTIRPATION.

Le traitement des plaies consécutives à l'ablation des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen doit remplir plusieurs conditions, en dehors de celles qui sont communes à toute opération.

1° Il faut fermer le péritoine s'il a été ouvert.

2° Il faut rétablir la paroi musculaire ;

3° Favoriser l'écoulement des liquides.

Nous considérerons les *plaies sans perte de substance étendue*, et les *plaies avec perte de substance étendue*.

§ 1. — Plaies sans perte de substance étendue.

On fermera immédiatement, pendant l'opération, les déchirures ou blessures du péritoine avec une suture en catgut. Le péritoine ainsi fermé pourra être traité comme un péritoine simplement décollé. Si les anses intestinales avaient été projetées par l'ouverture pendant les efforts de vomissement, on se contentera de laver et réduire les intestins, puis de suturer la séreuse. Si c'est l'épiploon qui vient obstruer le trou, il faut considérer le cas comme très favorable et suturer en cherchant à fixer le bouchon épiploïque dans la plaie.

Quant aux muscles, si leur rapprochement est facile, on peut essayer de pratiquer la suture à condition qu'il ne se produise pas, au-dessous d'elle, des cavités irrégulières; sinon, il est préférable de mettre les lambeaux simplement en contact, en les rapprochant à l'aide de la compression du pansement. Il n'est pas nécessaire de faire une suture exacte pour empêcher l'éventration.

La réunion de la peau dans les petites tumeurs semble être tout naturellement indiquée, tandis qu'en réalité elle peut avoir de funestes conséquences.

La suture superficielle, avec réunion par première intention, a presque toujours été tentée dans les cas de petites tumeurs. En effet, quand au fond de la plaie on aperçoit l'aponévrose ou un péritoine bien intact et quelquefois doublé d'un tissu conjonctif épais, il semble naturel d'essayer la première intention.

Cependant nous recommandons la plus grande prudence et nous avertissons du danger; la moitié des cas de mort qui ont été observés à la suite de toutes les opérations s'est produite dans ces conditions. La mort est due, alors, à la rétention des liquides dans les cavités de la plaie. Nous consacrerons un chapitre entier à faire connaître cette dangereuse complication.

Sur les 70 observations qui nous sont connues en détail, 20 fois le péritoine a été ouvert et nous ne trouvons que 6 décès qui soient imputables à cette blessure du péritoine. Il n'y a même que 3 cas de péritonite suraiguë ayant commencé le jour même de l'opération.

§ 2. — Plaies avec perte de substance étendue.

Le péritoine est intact ou n'a présenté qu'une déchirure légère facilement fermée; la perte de substance porte sur

les muscles; ils ne peuvent être rapprochés qu'avec une extrême difficulté; les sutures musculaires se déchirent, les muscles sont en lambeaux. Alors il vaut mieux ne pas chercher à réunir les muscles, et malgré cela, la guérison survient rapidement. Le péritoine, les débris musculaires et la peau s'agglutinent et forment des cicatrices le plus souvent assez solides pour résister aux poussées des viscéres. Rapprocher de force dans une suture les muscles écartés, c'est produire une poche pré-péritonéale propice à collecter des liquides et par conséquent dangereuse.

Quand la perte de substance porte à la fois sur le péritoine et sur les muscles, si le péritoine ne peut être suturé isolément, quand il ne glisse pas à la face profonde des muscles, comme cela se voit souvent dans la partie supérieure de l'abdomen, il faut tenter de rapprocher au prix de tractions la partie profonde de la plaie et essayer de faire une suture comme dans l'ovariotomie, mais en comprenant seulement le muscle et la séreuse.

Nous pouvons citer 4 cas de cette nature dus à Baker-Brown, Grätzer, Billroth et Rzehackseck, qui ont été suivis de guérison. Nous pensons que ces cas deviendront de plus en plus rares si l'on a la patience de décoller le péritoine.

Les divers modes de réunion dont nous venons de parler ont été employés dans différentes parties d'une même plaie suivant la nécessité créée par la disposition de chacune de ces parties, et avec un égal succès par Billroth.

Quand enfin on ne peut refermer le sac péritonéal, il faut chercher à oblitérer la plaie musculaire par une suture comme l'a fait Esmarch.

Sinon, quand la ceinture musculaire ne peut plus être fer-

mée, il faut se contenter de recouvrir les intestins avec la peau et la guérison est toujours survenue dans ce cas.

Cette dernière question est pleine d'intérêt et d'actualité ; nous avons pris soin de réunir toutes les pièces qui peuvent servir à la faire connaître complètement. Elles commencent par une observation d'Esmarch dans laquelle la sangle musculaire seule put être réunie sans le péritoine. La guérison eut lieu grâce au traitement antiseptique. Elles continuent par les publications de Sklifossovski qui ne put fermer l'abdomen qu'avec la peau et par celle de Sängér qui imita en les exagérant les procédés des précédents auteurs.

C'est surtout dans ces grandes plaies que la nécessité d'assurer l'écoulement des liquides s'impose ; que le drainage doit être multiple, et fait avec de gros drains en caoutchouc, et qu'il est prudent de ne pas fermer les parties déclives.

Il est remarquable de voir que cette indication a été généralement mieux remplie dans le cas dont nous parlons que pour les petites plaies.

Voici en effet le tableau des cas de mort, avec les dimensions de la tumeur et la cause de la mort ; on y voit que c'est surtout à la suite de l'ablation des petites tumeurs que l'on a vu naître les accidents résultant de la rétention des liquides.

Nom de l'auteur.	Volume du fibrome.	Siège du fibrome.
—	—	—
Langenbeck..	Grosse tête d'enfant..	Péritonite.
Esmarch.....	Tête d'enfant.....	Péritonite.
Langenbeck..	Tête d'homme 8 livres.	Péritonite.
Buntzen.....	2 poings.....	Rétention.
Buntzen.....	15 cent. sur 12.....	Rétention.
Boye.....	15 cent. sur 9.....	Rétention.
Labbé.....	Tête de fœtus.....	Péritonite.

Nom de l'auteur.	Volume du fibrome.	Siège du fibrome.
Rokitansky...	34 livres.....	Hémorrhagie.
Verneuil.....	2 poings.....	Rétention.
Weinlechner..	2 têtes d'adulte.....	Péritonite.
Trélat.....	Gros œuf.....	Rétention.
Trélat.....	11 cent. sur 7.....	Rétention.
Brun.....	2 têtes d'adulte.....	Péritonite et hémorrhagie.

DEUX EXEMPLES DE PLAIES DU PÉRITOINE PEU ÉTENDUES, GUÉRIES, L'UNE AVANT L'EMPLOI DES ANTISEPTIQUES, L'AUTRE GRACE A LEUR EMPLOI.

OBSERVATION LIX. — *Fibrome de la paroi abdominale. Petite ouverture du péritoine. Guérison*, par ESMARCH (1).

Catharina Mohr, de Freiberg, âgée de 29 ans, née de parents sains, mariée, dit avoir joui d'une parfaite santé pendant sa jeunesse.

Dans l'automne de 1863, elle remarqua un nodus de la grandeur d'un pois situé à la partie droite et inférieure de l'ombilic. Mobile sous la peau, ne provoquant aucune douleur, ce noyau s'accrut lentement et atteignit le volume du poing dans l'été de 1864. A ce moment, la malade ayant eu un accouchement très difficile, qui dura deux jours, fut atteinte d'une affection qui semble être une péritonite. Malade pendant trois mois, elle eut une convalescence longue. Elle commença à avoir une sensation de traction et de tension incommode à cause de l'augmentation de volume de la tumeur. Le médecin de sa famille conseilla une ceinture; comme celle-ci n'avait pas fait disparaître les douleurs, la malade partit pour Kiel afin de se faire débarrasser.

Le 20 janvier 1865, elle entra à l'hôpital de Kiel. Sur la ligne médiane de l'abdomen, se voyait une tumeur étendue de l'ombilic à la symphyse pubienne dont la grandeur dépassait un peu une tête d'enfant, dont la forme était ovale. La peau couvrant la tumeur était sillonnée de grosses veines apparentes; rougeâtre, très tendue, elle pouvait cependant être mobilisée à l'exception d'un petit point de sa partie inférieure, qui fluctuait manifestement.

Elle était placée sur la ligne blanche de telle façon que sa plus grosse partie regardait à droite et sa plus petite à gauche. En bas,

(1) Thèse de Cornils, 1865.

la tumeur pouvait être circonscrite par les mains, mais en haut, à cause de l'étendue de sa base, cela ne se pouvait. De l'extrémité supérieure à l'inférieure, la mesure était de 25 centimètres et demi. Horizontalement, elle était de 23 centimètres et la circonférence de sa base était de 50 centimètres (le dessin en a été reproduit page 160).

Pour le diagnostic, rejetons les tumeurs qu'il est difficile de confondre avec cette tumeur, il s'agissait de fibrôme, sarcôme ou cysto-sarcôme, tumeurs unies entre elles par affinité et dont la stricte division importe plus à l'anatomie pathologique qu'à la chirurgie en tant qu'indications opératoires. Les faits suivants combattaient la nature fibreuse simple : l'indication de la malade, quoique douteuse sur le début de l'affection par un noyau mobile sous la peau : si l'observation était vraie, il n'était pas vraisemblable qu'elle eût contracté de telles adhérences avec le tissu sous-jacent : l'accroissement très rapide de la tumeur était plutôt propre au sarcome qu'au fibrome. De la consistance inégale en divers lieux de la tumeur on pouvait en conjecturer que c'était un sarcôme ou plutôt un fibro-sarcôme adhérent à l'aponévrose.

Comme la tumeur avait crû très rapidement et comme il pouvait arriver facilement qu'elle se rompit spontanément soit au dedans, soit au dehors, l'extirpation parut indiquée. Elle fut faite le 23 janvier 1865, par le professeur Esmarch, de la manière suivante :

Après chloroformisation, une incision fut faite depuis l'ombilic jusqu'à l'extrémité inférieure de la tumeur. Puis la peau amincie fut détachée aisément par dissection jusqu'à la base. Pour détacher et couper cette base, qui se confondait d'une manière diffuse avec le tissu fibreux de la ligne blanche, il fallut le plus grand soin et la plus grande attention. La plus grande partie de la face externe fut disséquée. Pendant cette manœuvre, un kyste fut ouvert ; il en jaillit une sérosité jaune. Enfin la tumeur fut enlevée à l'aide d'une dissection attentive à l'exception de quelques restes insignifiants qui furent laissés afin d'éviter une blessure du péritoine. Il fallait d'autant plus s'abstenir d'une excision plus complète de la tumeur *qu'une petite ouverture communiquant probablement avec le péritoine* se voyait au fond de la plaie. Une sonde introduite par là pouvait se mouvoir dans tous les sens. Cette ouverture fut soigneusement fermée par une ligature.

L'hémorrhagie pendant l'opération fut modérée. La plaie fut recouverte d'un linge huilé ; on prescrivit à la malade un clystère opiacé.

Après l'opération elle-même, l'état de la malade fut assez favorable, mais la nuit elle souffrit de plusieurs vomissements qui semblaient l'effet des inhalations chloroformiques. Il se produisit même une petite hémorrhagie secondaire causée par les vomissements.

Le 24 janvier au soir, la température s'éleva à 39°, le pouls à 120.

La malade ressentit une légère sensation de brûlure à l'abdomen ; le 25, la malade se sentit mieux ; le pansement fut renouvelé, l'aspect de la blessure était bon. Ensuite la malade s'améliora de jour en jour, le pouls et la température revinrent à la normale. La blessure guérissait également bien ; enfin, au milieu de février, la malade sortit guérie de l'hôpital.

La tumeur enlevée était difficile à couper à cause de sa dureté. La surface de la tumeur était tubéreuse et d'un aspect blanc jaunâtre. On en reconnaissait déjà à l'œil la structure principalement fibreuse. Une des bosses, située dans la partie fluctuante inférieure contenait des cavités du volume d'une noix remplie d'un liquide limpide, fluide et jaunâtre. La tumeur fut étudiée au microscope par le professeur Colberg. Beaucoup de corpuscules conjonctifs s'y voyaient réunis entre eux. Ils étaient seulement clairsemés dans la partie solide. Une substance solide leur était interposée. Une partie de ces corpuscules était remplie d'une matière resplendissante et finement granulée (mucus), c'est surtout dans les parties kystiques que les éléments cellulaires étaient grands et plus remplis de matière (éléments muqueux). On ne pouvait douter que les cavités avaient eu pour origine la transformation muqueuse des corpuscules conjonctifs.

On voyait après l'addition d'acide acétique sur les coupes fraîchement mises sous le microscope se produire une coagulation manifeste. En outre, des éléments fusiformes et étoilés dans la base de la tumeur surtout se trouvaient beaucoup de cellules rondes ou globules remplis de cette matière granuleuse (mucus) qui est prédominante dans le myxôme.

Aussi le diagnostic anatomique de fibrome muqueux fut-il facile.

Le reste de la tumeur avait été en grande partie séparé de la ligne blanche avec laquelle elle adhérait ; elle contenait un fragment d'aponévrose commune des muscles oblique et transverse de l'abdomen. Une coupe perpendiculaire faisait nettement reconnaître que la tumeur s'était développée par prolifération des éléments du tissu conjonctif de l'aponévrose.

OBSERVATION LX. — *Fibrome de la paroi abdominale*, par VOLKMANN (1).

Wille Minna, femme d'un économe de Wolferode, âgée de 24 ans. La malade a été toujours bien portante et a fait deux accouchements normaux. Il y a un an, elle remarqua, pour la première fois, dans le côté gauche du ventre, une tumeur qui ne lui causait aucun mal et qui, dans les derniers mois, montrait un accroissement rapide. A

(1) In *Herzog*, Fibrome der Bauchdecken. Munich, 1883.

l'examen, on trouve dans le côté droit du ventre, à la hauteur de l'ombilic, à peu près sur le bord latéral au muscle droit, une tumeur ovoïde solide, large de 3 centimètres et demi, longue de 7. Son grand axe est placé à peu près parallèlement à la ligne blanche. La peau est mobile au-dessus et sans rougeur. L'extrémité inférieure peut être saisie et soulevée avec les parois lâches de l'abdomen. L'extrémité supérieure, au contraire, peut être moins bien saisie et plonge davantage dans la profondeur.

Opération le 9 février 1877. Incision cutanée sur le grand axe de la tumeur. On voit après décortication que la tumeur adhère intimement avec l'aponévrose commune des muscles latéraux et avec le muscle droit dont il fallut enlever une partie avec elle. La partie supérieure est soudée avec le péritoine et fait saillie librement dans la cavité abdominale par une extrémité en forme de bouton. Dans l'extirpation de cette partie, le *péritoine fut coupé circulairement autour d'elle*. La *plaie péritonéale* fut soudée par dix sutures au catgut. La paroi abdominale fut fermée par des sutures profondes et superficielles : trois drains : pansement antiseptique pendant toute la durée de la plaie, bon état constant. Élévation de température seulement au jour qui suivit l'opération. Au troisième jour, enlèvement des drains. La plaie guérit dans toute son étendue, par réunion par première intention. Le quatorzième jour, la malade se lève ; le vingt-cinquième (3 mars), elle sort guérie. A l'examen microscopique, la tumeur se montre formée de tissu conjonctif en faisceaux dans lequel de place en place sont déposées de petites cellules rondes. Le néoplasme fut désigné sous le nom de fibro-sarcome.

DOCUMENTS POUR L'HISTOIRE DE LA RÉSECTION DU PÉRITOINE,
COMPRENANT LES OBSERVATIONS ET MÉMOIRES PARUS SUR LE
SUJET.

OBSERVATION LXI. — *Tumeur fibreuse de la paroi abdominale, chez une femme. Première opération antiseptique, par ESMARCH (1).*

Anna B..., âgée de 28 ans, a été de bonne santé depuis sa jeunesse. Elle a accouché deux fois, la dernière fois il y a 21 semaines ; les deux grossesses eurent un cours normal. Au commencement de la dernière grossesse, c'est-à-dire il y a environ 60 semaines, la malade remarqua à son ventre une tumeur qu'elle prit jusqu'à son accouchement pour

(1) Thèse de Suadicani.

un deuxième enfant, la tumeur s'accrut lentement et fit après l'accouchement peu de progrès. A l'exception de douleurs de ventre survenant de temps à autre et rattachées par la malade à sa tumeur, cette affection ne s'accompagnait pas de douleur et n'était gênante que pour les mouvements dans la position penchée.

Dans la moitié droite de la paroi de l'abdomen une tumeur se fait remarquer. Elle commence sous le bord des côtes droites, s'étend vers la gauche à 4 centimètres au delà de l'ombilic et en bas demeure distante d'environ 6 centimètres du ligament de Poupert. Elle n'est pas soudée avec la peau. Elle est facilement mobile, on peut la tourner sur son axe, sa surface est unie et solide, sa longueur atteint 19 centimètres, sa largeur est en haut 12, en bas 13 centimètres $1/2$, son épaisseur 6 centimètres. La tumeur est-elle soudée au péritoine ou non, cela ne peut être connu avec certitude.

Comme la femme elle-même désire beaucoup cette opération, celle-ci est entreprise le 24 octobre 1874.

Comme l'ouverture du péritoine était à craindre, on donne, le jour précédent, un purgatif et le matin un clystère pour obtenir une évacuation de l'intestin aussi complète que possible.

Une incision fut faite sur le grand axe de la tumeur en dehors de la ligne blanche, sous la pulvérisation phéniquée. Puis la tumeur qui était assez fortement adhérente aux aponévroses fut libérée au bistouri. Dans cette manœuvre furent coupés une foule de gros vaisseaux venant de la tumeur qui furent immédiatement liés, après que la tumeur fut décortiquée jusqu'à sa base. Le péritoine se montre uni avec elle de telle façon qu'il ne faut pas songer à l'en détacher. Il ne reste alors que le choix entre : laisser une grande partie de la tumeur, ou inciser le péritoine à sa base et l'enlever avec elle. Ce dernier parti fut préféré. La complète extirpation eut lieu rapidement tout en sectionnant encore plusieurs gros vaisseaux. Les intestins qui sont vides sont réduits avec facilité, après avoir lié tous les vaisseaux avec du catgut phéniqué, le sang de la cavité abdominale fut nettoyé avec des éponges et les lèvres de la plaie musculaire furent réunies avec des fils d'argent. On ne pouvait songer à une réunion du péritoine à cause de sa perte de substance considérable; on fit un pansement de Lister et la malade fut reportée dans un lit bien chaud.

Le traitement consécutif fut tout à fait semblable à celui de l'ovariotomie, on veilla à un repos absolu et, pour empêcher le vomissement dans les premières 24 heures, on laissa la malade à la diète absolue, puis on lui donna de petits morceaux de glace, puis des portions de vin et de bouillon à doses doucement croissantes. L'état fut constamment bon et la température ne dépassa pas 39°.

Le sixième jour fut enlevé le premier pansement. La plaie fut

trouvée réunie dans sa plus grande étendue. Après l'enlèvement des sutures, les lèvres de la plaie s'écartèrent superficiellement en quelques endroits et guérissent par granulations; le 26 janvier la malade sortit guérie.

Pour s'opposer à une légère éventration, une ceinture abdominale fut posée. Faite de tissu élastique, elle occupait tout le ventre et une pelote de grandeur correspondante était appliquée sur la plaie.

Un examen approfondi de la tumeur dont le volume correspondait presque exactement aux dimensions données sur le vivant montra qu'elle était formée d'un néoplasme fibro-celluleux sarcomateux. Sa forme était celle d'un pain; sur le côté regardant la cavité péritonéale elle était absolument lisse et recouverte de péritoine. — En fendant la tumeur par ce côté on pouvait se persuader facilement que la séreuse était absolument soudée et ne se laissait détacher, nulle part, sur une grande étendue. Une mensuration approximative des surfaces de la tumeur révélait que plus de 20 centimètres carrés de péritoine avaient été enlevés avec la base qu'ils recouvraient. Une coupe complète de la tumeur montrait que ses parties extérieures étaient composées d'un tissu épais blanc-jaunâtre, qui fut démontré par le microscope être myxo-fibromateux. Dans le milieu un grand nombre de vaisseaux étaient plongés dans un solide tissu fibreux.

OBSERVATION LXII (1). — *Énorme fibro-sarcome de la paroi antérieure de l'abdomen*, par SCEPAROWICZ.

Sczeparowicz rapporte le cas suivant : une malade âgée de 28 ans remarqua il y a un an et demi dans l'hypogastre gauche une tumeur de la grosseur d'une grosse pomme qui avait déjà un diamètre longitudinal de 20 centimètres et un diamètre transversal de 18. La peau était mobile sur la tumeur, celle-ci était mobile aussi et n'avait aucune connexion avec les organes génitaux. Pendant l'opération on vit que la tumeur était solidement fixée avec le péritoine, aussi dut-on réséquer un morceau péritonéal de 10 centimètres sur 6. Les bords furent réunis par huit sutures. Guérison en deux mois.

(1) Przegląd Lekarski, 1876. Traduction d'un résumé fait par Grätzer.

DES BLESSURES DU PÉRITOINE

Par SKLIFOSSOVSKI (1).

« Il fut un temps où, dit l'auteur, dans les chaires de chirurgie, on enseignait que la blessure du péritoine est dangereuse au plus haut degré, et où l'on traitait cet organe en « noli me tangere ». Ceux qui enseignaient de la sorte ne prenaient point garde à la contradiction fournie par la pratique de tous les jours. Ils incisaient les sacs herniaires étranglés, ils réduisaient les organes herniés au prix de lésions variées, ils obtenaient de la sorte une guérison complète, même sans fièvre assez souvent, et ils n'en continuaient pas moins à soutenir dogmatiquement que le péritoine était une limite infranchissable au couteau chirurgical.

« Grâce aux progrès immenses réalisés sur le terrain des ovariectomies, un changement s'est opéré sous nos yeux, et la fausseté de cette doctrine a été pleinement démontrée.

« L'ablation des ovaires dégénérés constitue une opération qui donne une mortalité relativement moindre (25 0/0, Spencer Wells) que beaucoup d'autres opérations, ce qui a fait taire toutes les objections et donné droit de cité à l'ovariectomie, et marqué sa place à côté des autres opérations que nous faisons journellement dans nos cliniques et nos hôpitaux. Les progrès de l'ovariectomie ont amené le perfectionnement des méthodes et en même temps ils ont élargi le terrain chirurgical, et on peut dire que la chirurgie opératoire offre de nos jours de grandes conquêtes à faire sur les séreuses en général, et sur le péritoine en particulier. Le perfectionnement de la technique ovariectomique, le perfectionnement de la technique chirurgicale

(1) *Voïenno-Meditsinski Journal*, année 1877, n° VII.

générale basé sur l'étude actuelle de l'anatomie pathologique, l'emploi des méthodes et des substances antiseptiques, et en particulier du catgut, tout cela nous autorise à espérer que le champ des opérations dans les cavités séreuses ira en s'élargissant progressivement. Loin de moi l'idée de généraliser en m'appuyant sur un fait isolé : cependant si l'on admet qu'à ce fait isolé il peut venir s'en joindre beaucoup d'autres semblables, cela donne le droit non seulement d'exposer ce fait lui-même avec tous ses détails, mais encore d'en tirer des conclusions, dont la conséquence logique sera de faire naître la nécessité d'une preuve. Je passe de suite à l'opération qui m'a suggéré cette idée.

OBSERVATION LXIII.

En octobre 1876, madame Kachkine, dame mariée de 33 ans, vint me consulter. Elle avait une tumeur au côté droit du ventre. Cette tumeur, dont le volume était presque celui d'une tête d'homme adulte, présentait un contour ovale. Il s'en fallait de 1 1/2 travers de doigt qu'elle n'atteignit le bord des côtes, et seulement d'un travers de doigt qu'elle ne descendit jusqu'au ligament de Poupart. Sa limite externe était mal indiquée; en dedans elle touchait presque à la ligne blanche vers le milieu du ventre.

A son niveau, les téguments avaient leur couleur normale; ils n'étaient pas mobiles. Ils laissaient voir quelques veines de la grosseur d'une plume d'oie. La tumeur était massive, solide, indolente; elle se mouvait avec toute l'épaisseur de la paroi abdominale : nous supposâmes qu'elle s'était soudée au péritoine.

Il y avait un an et demi que la malade s'était aperçue de sa tumeur; elle s'était développée rapidement dans les derniers temps; finalement des douleurs lancinantes y étaient apparues, qui s'irradiaient vers la fosse iliaque correspondante et vers la ceinture : M^{me} Kachkine était accouchée deux fois. L'état général de sa santé était satisfaisant.

Je supposai que la tumeur était de nature sarcomateuse, qu'elle s'était développée vraisemblablement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et qu'elle s'était ensuite soudée à la séreuse, et le 21 novembre 1876 je procédai à l'opération. La malade avait été prévenue que si l'hypothèse de la soudure avec le péritoine se trouvait

justifiée, on serait obligé d'ouvrir le péritoine, et qu'alors le pronostic se trouverait considérablement aggravé.

Je fis d'abord une grande incision demi-circulaire, à convexité tournée vers le milieu du ventre, limitant un lambeau linguiforme composé de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et mesurant 18 centimètres à sa base. Les extrémités de l'incision touchaient en haut au bord des côtes, en bas au ligament de Poupart. Relevant le lambeau, je découvris le néoplasme. Toutes les couches musculaires de la paroi abdominale se perdaient dans sa masse; on ne les en distinguait que vers la partie extérieure, sur la ligne axillaire. Je procédai à l'ablation de la tumeur, et bientôt je constatai que le péritoine était organiquement confondu avec elle et qu'il ne pouvait être question de séparer le feuillet séreux pariétal du néoplasme.

Je pus enfin enlever la tumeur après avoir excisé toute la moitié droite de la paroi abdominale antérieure, y compris le feuillet pariétal du péritoine; en haut l'incision passait près du bord des côtes, en bas elle s'arrêtait à 1 1/2 travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart.

L'artère épigastrique inférieure fut coupée à 3 centimètres de son origine de l'iliaque externe et liée au catgut. L'intestin et une partie considérable du foie étaient à découvert; mais grâce à l'anesthésie profonde, la respiration était calme et égale, et les anses intestinales ne s'échappèrent pas. Après avoir enlevé avec des éponges le sang qui s'était épanché dans la cavité abdominale, *je recouvris les viscères mis à nu au moyen du lambeau cutané linguiforme doublé de son épaisse couche de tissu cellulo-adipeux*, et je le fixai par des sutures à nœuds très rapprochées, au fil de soie. On plaça sur le ventre un bandage compressif fait de plusieurs couches d'ouate. Glace à l'extérieur; glace pour prendre à l'intérieur s'il survenait des vomissements. Solution de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées. Pendant l'opération je me servais pour laver la plaie d'une solution phéniquée à 2 p. 100.

La tumeur enlevée correspondait exactement à toute la moitié droite de la paroi abdominale. A sa surface interne était resté un lambeau péritonéal de 15 centimètres carrés. Le feuillet séreux considérablement épaissi était si intimement confondu avec la masse néoplasique, qu'il était impossible de l'en détacher sans déchirure. A l'examen microscopique on trouva que la tumeur était *un sarcome à cellules fusiformes* (1).

(1) Dans l'anatomie pathologique nous avons signalé que l'on observait habituellement une abondance d'éléments fusiformes dans l'espèce de fibrome que nous décrivons.

Deux semaines plus tard la plaie était cicatrisée. La malade n'avait pas eu de fièvre après l'opération : les trois premiers jours seulement la température avait atteint 38 degrés. Dans l'angle inférieur de la plaie il s'était fait une suppuration du tissu cellulaire du lambeau, sur une étendue égale au volume d'un œuf de poule.

Deux semaines après l'opération la malade put quitter le lit ; mais elle continuait à porter un bandage compressif sur le ventre. Sans ce bandage, elle éprouvait une sensation pénible occasionnée par la descente des viscères.

« Nous avons vu que, même sur la tumeur enlevée, il était impossible de détacher le péritoine. Si le feuillet pariétal du péritoine avait été laissé intact, la descente (en avant) des viscères se serait-elle produite ? C'est probable, cette descente étant surtout occasionnée par l'ablation des couches musculaires. Mais on peut se demander si, un cas d'ablation de tumeur étant donné, il conviendrait de laisser dénudé le feuillet pariétal du péritoine sur une étendue de 15 centimètres carrés. Nous ne sommes pas de cet avis, car la nutrition du feuillet séreux ainsi dénudé serait impossible : il y aurait gangrène et issue fatale. Cette considération est un nouvel appoint en notre faveur, et prouve qu'il était indispensable d'enlever toute l'épaisseur de la paroi, y compris la séreuse ?

« Deux choses, dans le cas présent, nous semblent attirer particulièrement la réflexion : la cicatrisation extrêmement rapide de la plaie, et la descente viscérale consécutive. Nous rappelions en commençant que, naguère encore, la blessure du péritoine était réputée dangereuse au plus haut degré. Après les opérations dans la cavité abdominale (ovariotomie, hystérotomie, etc.), la mort survient quelquefois très rapidement, en quelques heures. Pour les Anglais, la cause de la mort est dans ce qu'ils appellent le *shock*. Mais ce mot *shock* ne nous apprend rien, il n'exprime rien, ou pour mieux dire il ne sert qu'à cacher l'ignorance où

l'on est de la cause prochaine de la mort. J'essayerai plus loin d'exposer ce qu'on doit entendre par le mot shock. Pourquoi la blessure du péritoine et l'ouverture de sa cavité est-elle dangereuse? Avant de répondre à cette question, il convient d'arrêter son attention sur les propriétés anato-mo-physiologiques du péritoine. Ayant constamment en vue ces propriétés, et dirigeant soigneusement nos méthodes chirurgicales et thérapeutiques conformément à ces propriétés, nous pourrons plus facilement ne pas tomber dans la faute qui consiste à couvrir de mots ce qu'on ne sait pas et ce qu'on ne comprend pas.

« Le péritoine est doué d'une plasticité extrême; c'est la propriété de toutes les séreuses. Sous l'influence de l'inflammation, elle donne naissance à des éléments figurés qui s'organisent en tissu conjonctif. Ce tissu conjonctif se rencontre dans toutes les cavités séreuses sous forme de fausses membranes; il unit le feuillet séreux pariétal au feuillet viscéral, il forme des cloisons, des adhérences. C'est au moyen de ces fausses membranes que les anses intestinales et la face antérieure du foie se sont soudées, chez notre malade, à la face interne du lambeau cutané, c'est-à-dire à sa couche cellulo-adipeuse. Si l'irritation est pure, si elle ne dépasse pas un certain degré, alors sûrement et dans tous les cas, l'inflammation s'accompagnera d'un exsudat plastique et de la formation de membranes de tissu conjonctif. Mais si l'une des conditions fait défaut, il se produira des cas où la néoformation de tissu conjonctif deviendra impossible, et une issue différente se produira, en rapport avec la suppuration, ou avec le passage d'éléments septiques dans le torrent sanguin. Le devoir de la chirurgie est donc de chercher à réunir ces conditions. La science ne possède rien de bien défini sous ce rapport; mais on est en droit d'admettre, avec plus ou moins de

vraisemblance, que la rapidité dans l'opération, la douceur et la délicatesse des procédés (du pansement et de l'opération), la plus stricte propreté, constituent les desiderata, dont l'observation rigoureuse peut éloigner de nos opérations les fâcheuses complications.

« Les blessures les plus étendues du péritoine, grâce à sa plasticité, se ferment par première intention. On sait quelle est l'importance de cette propriété du péritoine dans les différentes plaies pénétrantes de l'abdomen. A la suite de l'irritation des surfaces séreuses, ou bien à la suite de la non-observation des conditions nécessaires à l'exercice physiologique de leurs fonctions, il peut se faire un exsudat séreux. Cet exsudat se fait parfois très rapidement, et il peut atteindre un volume énorme ; mais il se résorbe aussi très vite. Un exsudat séreux, même de date ancienne, peut se résorber quelquefois en l'espace de trois ou quatre jours, si les conditions de pression viennent à changer : c'est ainsi que, lorsqu'on a retiré une partie d'un exsudat pleural, le reste disparaît quelquefois très vite par résorption. La même chose se produit dans la cavité péritonéale ainsi que le démontre l'expérience ; nous avons injecté de grandes quantités de liquide dans la cavité péritonéale d'animaux, et nous avons constaté qu'elles se résorbent sans aucun accident appréciable, pourvu toutefois que le liquide n'ait pas de propriétés irritantes.

« L'ouverture de la cavité péritonéale cause déjà une certaine irritation sous l'influence de laquelle se produit rapidement une exsudation de liquide séreux. Il est facile d'observer cette exsudation dans les ovariectomies, dans l'ouverture des grands sacs herniaires. Dans toutes ces opérations, il tombe toujours une certaine quantité de sang dans la cavité du péritoine ; il faut enlever ce sang. Mais il en reste toujours un peu, en même temps qu'une quantité

plus considérable de liquide séreux. Sang et sérosité se résorbent sans laisser de traces. Il en est ainsi dans la grande majorité des cas ; mais il arrive aussi que les malades meurent rapidement, et c'est alors qu'on dit que la mort a été l'effet du shock. La mort est due à ce que le sang et la sérosité restés dans le péritoine se sont décomposés ; les produits de cette décomposition putride, résorbés dans la masse du sang, ont amené une intoxication rapide qui peut tuer l'organisme dans le cours des vingt-quatre premières heures après l'opération. Nous retrouvons des auto-infections animales aussi rapides dans plusieurs autres conditions, lorsqu'il se forme, dans un espace de temps relativement court, une masse énorme de détritiques putrides qui pénètrent dans le torrent circulatoire : par exemple, dans les brûlures très étendues, les gelures, le broiement de tissus par les projectiles de guerre. Ce n'est pas la rétention d'une certaine quantité de sang dans la cavité péritonéale qui est dangereuse, ce sont les conditions dans lesquelles ce sang est retenu. Si la surface péritonéale n'a pas été irritée outre mesure, s'il n'est pas resté dans la cavité de corps étrangers irritants, si la cavité péritonéale ouverte n'est pas entrée en contact avec l'air infecté de l'hôpital, ou avec de l'eau malpropre, le sang épanché se résorbera sans laisser de traces ; dans le cas contraire, il donnera naissance à de la suppuration ou à l'infection septique de tout l'organisme.

« La surface péritonéale est très étendue ; elle égale presque la surface totale du corps (Langenbeck's *Archiv f. Chirurg.*, 1876, t. XX, Heft 1, page 64). Lorsqu'elle est mise à nu, il doit en résulter un abaissement de la température du corps. Même dans les opérations faites à la surface extérieure du corps, si elles se prolongent longtemps, si le malade reste longtemps découvert, on observe

un abaissement appréciable de la température, abaissement qui se traduit, entre autres, par le frisson qui se produit aussitôt après l'opération. Il est donc naturel que la mise à nu de la vaste surface séreuse du péritoine s'accompagne de refroidissement, et de refroidissement d'autant plus grand que l'opération se prolongera davantage. L'élévation, au moins à 16° ou 17° Réaumur, de la température de la chambre où se produit l'opération avec ouverture de la cavité péritonéale, a donc une influence appréciable, qu'il ne faut pas négliger.

« Si cette première condition a une importance considérable, non moins considérable est l'importance de la somme d'irritations qui résultent du contact de la surface péritonéale avec l'air atmosphérique, avec les éponges et les instruments employés pour l'opération. Ces irritations, en s'ajoutant l'une à l'autre, par voie réflexe, doivent produire un effet puissant, sous forme de réflexe, sur les nerfs vaso-moteurs de la cavité péritonéale. Ce phénomène réflexe se produit objectivement par le refroidissement des extrémités et de toute la surface du corps (après l'ablation des tumeurs de l'ovaire, après l'ouverture des grands sacs herniaires, etc.), par la cyanose des muqueuses, par un pouls petit et filiforme. Il arrive que les opérés ne sortent pas de cet état et qu'ils meurent dans le cours des premières vingt-quatre heures. A l'autopsie, on trouve une hyperémie considérable de la membrane séreuse, et les vaisseaux de la cavité abdominale sont gorgés de sang. Si l'on prend en considération tout ce qui précède, on est en droit de supposer que l'issue fatale, dans le cas d'ouverture de la cavité du péritoine, est due à la somme des irritations exercées à la surface péritonéale, aux phénomènes réflexes, et surtout aux conditions qui favorisent la décomposition putride rapide des liquides organiques. Il existe aujourd'hui une

méthode assez bien définie d'ablation des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus ; mais les principes de cette méthode ne sont pas encore assez solidement établis, et beaucoup de chirurgiens s'en écartent plus ou moins. La plupart de ces principes ont été acquis par la pratique, empiriquement, à tâtons, pour ainsi dire, et ils ont besoin d'être confirmés par les recherches expérimentales. Toutefois on peut dire que ceux de ces principes qui découlent des propriétés physiologiques du péritoine doivent être maintenus solidement et définitivement.

« Dans toutes les opérations qui s'accompagnent de l'ouverture de la cavité péritonéale, la propreté la plus stricte et la plus minutieuse doit être observée, comme du reste dans toutes les opérations en général. On doit veiller à n'apporter aucune cause d'irritation, veiller à la pureté de l'air atmosphérique de la salle où se fait l'opération, et à la propreté absolue de l'eau et de tous les objets nécessaires. L'ouverture de la cavité péritonéale n'est pas une opération des amphithéâtres universitaires. Il faut préparer à l'avance la salle où on se propose d'opérer. Je fus un jour obligé d'inciser la paroi péritonéale sur la ligne blanche, depuis le pubis jusqu'à l'appendice xiphoïde : et ce n'est que grâce à une pareille incision que je pus extraire un énorme néoplasme ovarien. La cicatrisation eut lieu par première intention, et l'opérée guérit. L'opération se fit dans une maison qui était restée longtemps sans habitants ; on avait à l'avance pris toutes les mesures pour assainir et purifier la chambre où se fit l'opération.

« C'est en observant toutes ces règles que nous nous mettrons à l'abri de toutes les causes qui favorisent la décomposition putride des liquides organiques qui restent forcément dans la cavité péritonéale ; c'est ainsi que nous supprimerons les conditions de l'auto-infection putride

(septhæmia). De là découlent tout naturellement les principes qu'il faut observer dans le traitement des lésions qui s'accompagnent de l'ouverture de la cavité abdominale ; plus vite le malade sera mis dans les conditions qui doivent amener forcément l'inflammation plastique, et plus on aura de chances d'avoir une issue favorable. Il y a des cas où une intervention trop active du chirurgien nuit au malade ; heureux le chirurgien qui sait les apprécier judicieusement.

« Chez notre malade (1) il se produisait une descente, en avant, des viscères, au niveau de la moitié droite de la paroi abdominale. Les viscères faisaient saillie sur toute l'étendue du lambeau linguiforme. M^{me} Kachkine se sentait assez bien lorsqu'au moyen de plusieurs coussinets d'ouate on lui préparait un bandage suspenseur et compressif. Nous fîmes des essais pour lui fabriquer un bandage dans le genre des ceintures employées pour maintenir les hernies ombilicales, mais nos essais n'aboutirent à rien de pratique : ces ceintures ne pouvaient s'opposer à l'éventration, parce qu'on ne pouvait leur trouver de point d'appui solide. Nous nous y prîmes différemment ; nous fîmes un moulage en plâtre du torse (2) de la malade. Suivant les courbures de ce torse en plâtre, nous fîmes forger deux bandes d'acier embrassant le tronc du côté gauche ; la bande inférieure s'appliquait exactement sur la ceinture osseuse du bassin ; les deux bandes entouraient un peu plus que la moitié du corps. Leurs extrémités postérieures furent fixées sur un coussin bien approprié au creux de la région sacrée et le

(1) Je viens d'apprendre qu'à présent (14 mars 1877) madame Kachkine est dans un excellent état de santé.

(2) Le torse en plâtre de madame Kachkine est conservé dans le cabinet de la 2^e division chirurgicale de l'hôpital des Cliniques. J'y ai fait dessiner le contour exact du lambeau linguiforme de la moitié droite de la paroi abdominale antérieure.

remplissant exactement. Leurs extrémités antérieures supportaient une large plaque de feutre recouvrant toute la surface du lambeau de la moitié droite de la paroi abdominale. De cette façon, la plaque antérieure correspondait à l'espace dépourvu de muscles et de péritoine pariétal, espace au niveau duquel se produisait l'éventration. Au moyen de cet appareil, les viscères étaient maintenus dans la cavité abdominale, et l'éventration était évitée, ainsi que la sensation pénible qui l'accompagnait. Munie de cet appareil prothétique, la malade se sentait tout à fait bien.

Remarque. — Dans ce mémoire nous voyons reparaître sur la dénudation du péritoine les idées déjà émises par Boye et Buntzen, et déjà combattues par nous. « *La nutrition du feuillet séreux ainsi dénudé serait impossible, il y aurait gangrène et issue fatale,* » dit Sklifossowski.

A notre avis, telle n'est pas la nature du danger que fait courir aux malades la dénudation de la séreuse. Il est dans la facilité avec laquelle la séreuse absorbe les liquides sécrétés par la plaie et retenus dans sa cavité. C'est ce que nous exposerons dans notre chapitre suivant sur les accidents dus à la Rétention.

PEUT-ON, CHEZ L'HOMME, PRATIQUER L'ABLATION DE LA SANGLE
MUSCULAIRE PRÉABDOMINALE (PRELUM ABDOMINALE)?

Par SKLIFOSSOVSKI (1).

« Les parties antérieures et latérales de la paroi abdominale sont molles et dépressibles; elles sont formées par plusieurs couches musculaires séparées l'une de l'autre par du tissu cellulaire. En plusieurs endroits ce tissu cellu-

(1) *Vratch*, 1882, n° 18.

laire est peu serré et constitue une couche épaisse : c'est ce qu'on observe notamment sur les parties inférieures et postérieures de la cavité abdominale. Dans ces différentes couches de la paroi abdominale antérieure peuvent se développer des néoformations : les lipomes, les fibromes, et surtout les sarcomes, sont celles qui atteignent les plus grandes dimensions. Les lipomes n'arrivent d'ailleurs à ces dimensions considérables que lorsqu'ils ont pour point de départ le tissu cellulo-adipeux sous-cutané; quant à ceux qui naissent du tissu cellulaire sous-péritonéal, ils dépassent rarement le volume d'un œuf de poule, ou celui du poing d'un homme adulte : ils constituent ce qu'on appelle les *hernies adipeuses* (*herniæ adiposæ*), hernies qui se font jour à travers les interstices que l'on observe normalement au niveau de la ligne blanche et sur ses parties latérales. Les néoplasmes qui atteignent le volume le plus considérable sont ceux qui ont pour type le tissu conjonctif, et principalement le sarcome. Développés aux dépens de l'une quelconque des couches de la paroi abdominale antérieure, ils se confondent bientôt avec les tissus voisins, et ils englobent à tel point les différentes couches de la sangle abdominale, que son tissu musculaire disparaît complètement dans l'épaisseur de la néoformation. Dans certains cas, relativement assez fréquents, le sarcome a pour point de départ le tissu cellulaire sous-péritonéal; dans ces cas, tout en gagnant les couches musculaires de la paroi, il se confond rapidement d'autre part avec le feuillet pariétal du péritoine : il est alors impossible, soit au cours d'une opération, soit même à l'autopsie, de séparer ce feuillet de la tumeur. Les traités de chirurgie nous enseignent que, lorsqu'on enlève une tumeur de la paroi abdominale antérieure, il faut éviter de blesser le péritoine, et que, dans les cas où cette blessure est inévitable,

il faut s'abstenir de toute intervention opératoire. Et cependant il est impossible de déterminer à l'avance avec exactitude les rapports anatomiques de la tumeur : si elle n'est pas encore volumineuse, bien qu'elle ait gagné déjà les couches musculaires préabdominales, elle est séparée du feuillet séreux pariétal par une couche de tissu cellulaire lâche ; mais au fur et à mesure qu'elle se développe, elle englobe petit à petit cette couche cellulaire et finit par se confondre immédiatement avec le péritoine. (Je parle ici des tumeurs sarcomateuses.) Une fois soudé au péritoine, le sarcome se met à se développer vers la cavité abdominale. La résistance de l'enveloppe tégumentaire est parfois supérieure à la pression exercée par les viscères abdominaux, et le sarcome augmente alors beaucoup plus à l'intérieur qu'à l'extérieur. En présence d'un pareil cas, il est difficile de dire si la tumeur est située dans la cavité abdominale, ou si elle est renfermée dans l'épaisseur de la paroi. Quelque paradoxal que le fait paraisse, et me basant sur les nombreux cas que j'ai observés, je me permettrai de faire remarquer qu'il s'en faut de beaucoup que la détermination du siège précis de la tumeur soit aussi simple dans tous les cas. Il est vrai qu'une tumeur massive développée dans la cavité abdominale ne donne point au toucher une sensation aussi nette que celle qui siège dans la paroi ; mais l'épaisseur et la compacité de cette paroi peuvent embarrasser singulièrement le diagnostic différentiel. On donne comme signe capital qu'une tumeur intra-péritonéale se déplace avec les viscères abdominaux pendant les mouvements respiratoires, et qu'il n'en est pas de même d'une tumeur extra-péritonéale. Mais il va de soi que ce signe capital n'est pas toujours nettement perceptible. Si, par exemple, bien qu'intra-péritonéale, la tumeur est soudée à la paroi antérieure ou laté-

rale de l'abdomen, le déplacement pendant les mouvements respiratoires cesse d'exister. Il en est de même presque toujours quand la tumeur, devenue très volumineuse et remplissant la cavité abdominale, en distend et repousse les parois.

« Si la proposition que j'ai énoncée ci-dessus conserve toute sa valeur, il n'en est pas de même de la conclusion qu'on en tirait au point de vue de l'intervention opératoire. Les opérations et les pansements antiseptiques ont, ici aussi, ouvert un large champ à l'activité chirurgicale. J'ai rapporté dans le *Journal de médecine militaire* (*Voïenno Meditsinski Journal*, juillet 1877) un cas d'ablation de tumeur sarcomateuse occupant la moitié droite de la paroi abdominale antérieure, au cours de laquelle j'enlevai toute l'épaisseur de la paroi, ainsi que le feuillet séreux pariétal correspondant. La malade, M^{me} Kachkine, a complètement guéri; mais il lui est resté une hernie (*eventratio*) des viscères abdominaux au côté droit du ventre, au point dépourvu de couche musculaire et de péritoine. En mai 1881, M^{me} Kachkine est venue à Moscou pour faire réparer l'appareil au moyen duquel nous avons obvié à l'éventration (1). L'état de sa santé, pendant les six ans qui ont suivi l'opération, a été excellent; mais elle ne peut marcher sans son appareil contentif. Dans le cours de l'année scolaire courante, j'ai retrouvé un cas analogue de néoplasme énorme développé dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure, et cette fois encore l'opération a été suivie d'un succès complet. Comme ce cas peut être instructif au double point de vue anatomo-pathologique et physiologique, et qu'en même temps il offre un exemple frappant de la haute

(1) Le torse en plâtre de madame Kachkine se trouve actuellement dans le cabinet de la 12^e division chirurgicale; il a servi à préparer l'appareil dont il est ici question.

importance des méthodes antiseptiques de traitement, je me permets de rapporter ici son histoire détaillée. »

OBSERVATION LXIV.

Le 28 octobre 1881 entre à la clinique chirurgicale de l'Université de Moscou la nommée A. E..., paysanne du gouvernement de Kalouga, âgée de vingt-quatre ans. Sur la paroi antérieure du ventre, du côté gauche, elle présente une tumeur de dimensions énormes, qui commence au bord des côtes et se perd au voisinage du ligament de Poupart, dont elle reste toutefois distante d'un travers de doigt. Cette tumeur occupe toute la moitié gauche de la paroi antérieure; au niveau de l'ombilic et à 3 centimètres au-dessous, elle dépasse la ligne blanche et s'étend à droite sur une étendue de 4 travers de doigt; elle fait au-dessus des parties voisines une saillie qui peut être évaluée à 8 centimètres environ. La peau qui la recouvre est sillonnée de vergetures dues à des grossesses antérieures, et elle présente de nombreuses veines dilatées. La tumeur est peu mobile; elle est massive et pesante; dans le décubitus dorsal, elle présente des oscillations bien manifestes dues aux battements de l'aorte abdominale. Sur toute son étendue la percussion donne un son mat; il n'y a point de déplacements isochrones aux mouvements respiratoires. L'état général de la malade est florissant; ses parents, son frère et ses trois sœurs jouissent d'une santé excellente. Elle a été réglée à huit ans et elle s'est mariée à vingt-trois ans; elle a accouché déjà trois fois, et ses dernières couches remontent à huit mois. Lors du dernier accouchement, la tumeur offrait déjà le volume d'une tête d'adulte. Quatre ans avant d'entrer à la clinique, cette femme a reçu un coup de pied de cheval dans le flanc gauche; six mois après elle a remarqué du côté gauche, dans la peau, au-dessous des côtes, une petite tumeur de la grosseur d'un pois; pendant trois ans la tumeur est restée stationnaire, et ce n'est que l'année dernière qu'elle s'est mise à se développer rapidement.

Le jour de l'opération, qui fut pratiquée le 10 novembre 1881, la tumeur avait les dimensions suivantes : circonférence à la base, 81 centimètres; diamètre longitudinal, 40 centimètres; diamètre transversal, 39 centimètres. L'opération fut pratiquée dans une chambre qui avait été minutieusement nettoyée, et dont le sol et les fenêtres avaient été lavés. Pendant les dix jours qui précédèrent l'opération, cette chambre avait été largement ventilée : c'est du reste la conduite que nous tenons pour toutes les opérations qui s'accompagnent d'ouverture de la cavité abdominale. Il est inutile de dire que pendant l'opération elle-même, la méthode antiseptique fut rigoureusement suivie jusque dans ses

moindres détails. L'opération fut pratiquée en présence de huit médecins et de trente étudiants, et elle présenta les divers temps suivants : sur le trajet de la ligne blanche, de la pointe de l'appendice xiphoïde à la symphyse pubienne, nous fîmes une incision longitudinale, que vint rejoindre une seconde incision, latérale et arciforme, suivant le bord gauche des côtes. Après avoir relevé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans les limites permises par nos incisions, nous procédâmes à l'ablation du néoplasme. Nous découvrîmes que toutes les couches musculaires se perdaient dans la masse de la tumeur, et que le feuillet pariétal du péritoine adhérait si étroitement à cette dernière qu'il n'y avait pas même à penser de l'en séparer. Il nous fallait dès lors exciser toute la moitié gauche de la sangle préabdominale : nous coupâmes la paroi abdominale dans toute son épaisseur sur la limite du bord médian de la tumeur, en suivant le trajet de la ligne blanche ; nous prolongeâmes notre incision dans le sens transversal, en haut sur le bord des côtes, et en bas à un travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart. Pour détacher complètement la tumeur, nous fîmes une dernière incision longitudinale, suivant la ligne axillaire, depuis les côtes jusqu'à la crête iliaque. Nos incisions comprenaient toute l'épaisseur de la paroi abdominale, en sorte que dans tout l'espace limité par les incisions, la sangle préabdominale aussi bien que le feuillet pariétal du péritoine se trouvaient détachés. Au niveau de l'ombilic l'incision médiane se déviait à droite, de façon que nous enlevâmes un lambeau de 4 centimètres du ligament suspenseur du foie. Nous avions alors à nu, sous les yeux, l'estomac, une partie considérable du foie, le grand épiploon et presque tout l'intestin grêle, et ces divers organes commencèrent à se hernier sous l'influence des vomissements qui se produisirent. Nous procédâmes à la ligature des vaisseaux : la mammaire interne (ou plutôt sa branche terminale interne ou épigastrique supérieure), l'épigastrique et les lombaires ; l'épigastrique, qui se trouvait coupée presque au ras du ligament de Poupart, fut, de tous ces vaisseaux, celui qui nous donna le plus de sang. Nous enlevâmes, au moyen d'éponges, le sang qui était tombé dans la cavité abdominale ; les viscères mis à nu furent recouverts du lambeau cutané ; nous plaçâmes dans la cavité abdominale deux gros tubes à drainage, longs chacun de 10 centimètres, l'un suivant la ligne blanche, près de l'ombilic, l'autre au-dessus de la symphyse pubienne. Pansement de Lister sur la plaie ; par dessus, plusieurs coussinets d'ouate au moyen desquels on exerça une forte compression sur la paroi abdominale antérieure. La plaie se réunit par première intention. Le deuxième et le troisième jour après l'opération, la température monta à 38°,2, puis elle redevint normale. Le dix-huitième jour elle s'éleva de nouveau, et le vingt-quatrième elle

atteignait 38°,9; elle redevint normale. Cette seconde hyperthermie coïncida avec une suppuration très abondante qui se produisit sous le lambeau cutané : il sortait chaque jour environ trois grandes cuillerées de pus par le tube à drainage supérieur. Le 3 décembre la suppuration cessa, et au niveau du foyer il resta, à gauche de l'ombilic, un empâtement de la grandeur de la paume de la main.

La cicatrice qui succéda à la réunion des lèvres de la plaie égalait à peine la moitié de la longueur de l'incision par laquelle on avait extrait la tumeur. Dans le décubitus dorsal, on n'observait d'éventration du côté gauche que quand la malade toussait; mais dans la position verticale elle se produisait très nettement, même pendant la respiration calme. Au milieu de cette éventration on observait une sorte de retrait, ou d'enfoncement, au voisinage de l'ombilic, en un point qui correspondait à l'induration consécutive à la suppuration; ce retrait partageait la saillie en deux moitiés à peu près égales. La main appliquée sur l'éventration percevait très manifestement que le contenu de la cavité abdominale n'était recouvert que par la peau. Enfin l'éventration ne s'accompagnait d'aucune sensation pénible pour la malade, probablement parce que celle-ci avait conservé la position horizontale jusqu'au moment où l'on avait pu se procurer l'appareil destiné à soutenir sa paroi abdominale. Aucun désordre ne se produisit du côté du tube digestif; mais la respiration s'accompagnait de quelques phénomènes sur lesquels je crois bon d'appeler l'attention. Le bord des côtes du côté gauche se déplaçait moins que celui du côté droit; en mesurant la cage thoracique, sous la glande mammaire, comparativement à droite et à gauche, on constatait une augmentation de volume de un à un centimètre et demi du côté gauche. Mais le phénomène le plus remarquable était le suivant : lorsqu'on fait une inspiration profonde, les viscères abdominaux sont refoulés en bas par la contraction des parois thoraco-abdominales, il se produit en outre une compression dans toutes les directions sur la paroi abdominale antérieure. La sangle musculaire préabdominale commence à se contracter vers la fin du mouvement inspiratoire, et, sous l'influence de sa contraction, il se produit un enfoncement marqué au niveau des deux hypochondres. Chez notre malade, ce phénomène se traduisait par un enfoncement de l'hypochondre droit, et par une saillie très considérable de l'hypochondre gauche, ou, pour mieux dire, par l'éventration de toute la moitié gauche de la paroi abdominale antérieure. Lorsqu'elle eut reçu son appareil contentif (1), la

(1) Cet appareil, destiné à soutenir la partie abdominale antérieure, a été construit par Hamburger, de la maison Schwabe, fabricant d'instruments de chirurgie à Moscou. Il se compose d'une plaque de feutre (poroplastie)

malade se trouva tout à fait bien, et elle sortit de la clinique le 5 mars 1882.

De quelle manière s'opère la guérison après l'ablation de la moitié de la sangle préabdominale et de la partie correspondante du feuillet pariétal du péritoine? La séreuse se reproduit-elle, ou bien se fait-il, au moyen d'un tissu conjonctif de formation nouvelle, une soudure, entre le lambeau cutané et la surface séreuse des organes contenus dans la cavité abdominale? Le premier mode de guérison est vraisemblable. Le second n'est pas impossible; mais il doit s'accompagner de désordres fonctionnels, au moins du côté de l'intestin, dont le péristaltisme doit être entravé. Cette conclusion toute théorique n'est point justifiée par les faits. Et ce qui nous porte à penser ainsi, c'est que nous n'avons constaté de troubles intestinaux ni chez A. E., ni chez madame Kachkine. On ne pourra répondre d'une manière positive à la question ci-dessus posée, qu'après expériences sur les animaux, à la condition, bien entendu, que ces animaux survivent aux expériences. Nous nous proposons de contrôler expérimentalement ce fait clinique, et nous communiquerons en leur temps les résultats obtenus.

La tumeur pesait 4107 grammes (10 livres 40 zolotricks); sa circonférence était, dans son plus grand diamètre, de 71 centimètres $1/2$ et de 54 et demi dans son plus petit (transversal). Ces mesures n'ont été prises qu'après que la tumeur se fut durcie et ratatinée pendant près de deux semaines dans le liquide de Müller. L'examen microscopique a montré que sa structure était celle du sarcome fuso-cellulaire (*sarcoma fuso-cellulare*). Telle était aussi la structure de la tumeur sarcomateuse enlevée à madame Kachkine.

MATÉRIAUX POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

Par SKLIFOSOVSKI (1).

« En 1877, lors d'une opération de tumeur sarcomateuse de la paroi abdominale antérieure, nous enlevâmes la

qui s'applique exactement sur les parties antérieures et latérales de la paroi abdominale. Il a été construit sur un moulage en plâtre du torse de la malade, et il embrasse exactement et d'une manière égale toutes les parties du ventre. Du côté gauche, le tronc est, en outre, entouré par deux ressorts d'acier, recourbés en bas et reposant sur l'anneau pelvien : les extrémités de ces ressorts viennent s'attacher sur la plaque de feutre.

(1) *In Vrach*, 1884, n° 33.

moitié droite du plan musculaire (*prelum abdominale*), en même temps que le feuillet pariétal sous-jacent du péritoine. En 1881, nous refîmes une opération analogue, et nous enlevâmes cette fois la moitié gauche du plan musculaire abdominal, ainsi que la partie correspondante du feuillet séreux pariétal. Nos deux opérés étaient des femmes. Dans un article publié dans le *Vratch* (1882, n° 18) sous le titre suivant : *Est-il possible d'enlever chez l'homme le plan musculaire de la paroi abdominale antérieure (prelum abdominale)?* nous nous demandions en terminant comment se fait la guérison après l'ablation du plan musculaire et de la partie correspondante du feuillet séreux pariétal? Se produit-il là une régénération du péritoine, ou bien se fait-il, par l'entremise d'un tissu conjonctif de nouvelle formation, une soudure entre le lambeau cutané et la surface séreuse des organes contenus dans la cavité abdominale? La première opinion est vraisemblable. La seconde est possible également; mais alors on devrait voir se produire des désordres fonctionnels, au moins du côté de l'intestin dont le peristaltisme devait être troublé.

« Nos deux opérées ayant guéri et jouissant jusqu'à présent d'une santé excellente, il a été impossible de recueillir aucune donnée anatomo-pathologique, qui permit de répondre à ces questions; il ne restait plus alors que la voie des expériences. Bien que nous les ayons toutes pratiquées en observant le plus rigoureusement possible les méthodes antiseptiques, aussi bien pour l'opération que pour les pansements ultérieurs, la majeure partie de nos animaux a péri quelquefois très vite, dans d'autres cas le cinquième, le sixième jour, ou un peu plus tard. Cependant nous avons pu en dégager un certain nombre de faits anatomo-pathologiques qui nous permettent d'expliquer quelques-uns des phénomènes observés chez nos opérés, autant, bien en-

tendu, qu'il est possible d'appliquer à l'homme le résultat d'expériences faites sur les animaux. »

EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX.

19 mai 1883. — Chien de moyenne taille. On rase avec soin les poils de la région abdominale ; la peau est ensuite lavée au savon, puis nettoyée à la brosse au moyen d'une solution d'acide phénique à 3 %. Injection hypodermique de 0 gr. 03 de chlorhydrate de morphine. On fait alors sur le trajet de la ligne blanche une incision longitudinale de 17 centimètres ; des deux extrémités de cette incision et vers la droite, partent deux autres incisions transversales, de 7 centimètres chacune. Après avoir relevé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on excise la moitié droite du *prelum abdominale* ainsi que le feuillet séreux pariétal correspondant, sur une longueur de 12 centimètres et une largeur de 6 centimètres. La plaie cutanée est ensuite recousue à la soie par une suture de pelletier, et recouverte d'un pansement iodoformé. L'animal crève au bout d'une semaine. A l'autopsie, on trouve que la plaie s'est réunie par première intention dans toute son étendue ; vers sa face profonde, la jeune cicatrice est, dans toute sa longueur, adhérente au grand épiploon. La surface profonde du lambeau cutané est lisse, luisante, et elle adhère aussi, par places, au grand épiploon. Exsudat purulent dans la cavité péritonéale : la mort est due à l'inflammation suppurée de la séreuse. *L'intestin est absolument libre : le grand épiploon, qui adhère à la face profonde du lambeau cutané, le sépare complètement de la surface avivée des téguments du ventre.*

II

19 mai 1883. — Chien de moyenne taille. Soins préalables et opération comme dans le cas précédent. La longueur du lambeau musculaire excisé à droite est de 12 centimètres, sa largeur de 10 centimètres ; suture de pelletier, avec un fil de soie, de la plaie cutanée. Pansement iodoformé. Le chien crève le cinquième jour, avec des symptômes de péritonite septique. — *La surface profonde du lambeau cutané est adhérente au grand épiploon.*

III

19 mai 1883. — Chien de moyenne taille. Soins préalables et opération comme ci-dessus. Le lambeau musculaire et séreux excisé,

à droite, a 13 centimètres de long sur 8 de large. Le dixième jour après l'opération, l'animal enlève, avec ses dents, les points de suture de la partie supérieure de la plaie; l'intestin fait hernie au dehors; les anses herniées noircissent rapidement et l'animal crève. — *Sur toute la surface profonde du lambeau cutané et de la partie de la plaie qui n'a pas été arrachée, adhérence solide du grand épiploon.*

IV

30 octobre 1883. — Jeune chien de petite taille. On enlève la moitié gauche du plan musculaire ainsi que le feuillet séreux pariétal sous-jacent : le lambeau enlevé a 2 1/2 travers de doigt de long, sur 2 de large. Les organes de la cavité abdominale et la plaie elle-même sont saupoudrés d'iodoforme. Suture à nœuds avec un fil de soie. Pansement avec ouate iodoformée. Aliments liquides. Le cinquième jour on change le pansement : la plaie s'est réunie par première intention. Sept jours après on enlève les points de suture et l'animal est laissé sans pansement. On le tue le quatorzième après l'opération. — *Le grand épiploon est étroitement uni à la surface profonde du lambeau cutané; l'adhérence s'étend un peu à droite, au delà de la ligne blanche.* Mais à la partie inférieure, là où le grand épiploon n'arrivait pas, on constate, sur une étendue de 1 1/2 centimètre carré, l'adhérence d'une anse intestinale avec la face profonde du lambeau cutané, par l'entremise d'un tissu conjonctif récent et lâche.

V

7 novembre 1883. — Jeune chien mâle de taille moyenne. Le lambeau excisé du plan musculaire abdominal a 3 travers de doigt de long sur 2 de large. La plaie est recousue au fil de soie, au moyen d'une suture à nœuds; elle est recouverte d'un pansement iodoformé. — Le cinquième jour, on coupe les fils, et la plaie cutanée s'entr'ouvre. Mais déjà la cavité péritonéale est complètement fermée; on n'observe ni hernie ni saillie des viscères en avant. La plaie se réunit par suppuration, et vers la fin de la deuxième semaine elle est cicatrisée. On tue l'animal le 20 décembre 1883. Au niveau des sutures, cicatrice solide. *Sur toute la face profonde du lambeau cutané, adhérence intime avec le grand épiploon; seulement vers le bas, sur une étendue de 2-3 centimètres carrés, c'est le mésentère qui adhère au lambeau cutané.* L'adhérence du grand épiploon avec la paroi abdominale antérieure s'étend un peu au delà de la ligne blanche, vers la droite, sans la dépasser toutefois de plus de 2 à 3 millimètres.

« Passons maintenant aux conclusions à tirer de ces expériences. Tout d'abord, nous ferons remarquer le *fait constant de l'adhérence du grand épiploon avec la face profonde du lambeau cutané, adhérence qui supprime le contact immédiat entre l'intestin et la surface avivée des téguments.*

« Dans toutes nos expériences, ce fait s'est produit très nettement ; deux fois seulement l'adhérence du grand épiploon a été incomplète. Dans ces deux cas, le manque d'adhérence n'existait que sur une étendue de 2 à 3 centimètres carrés. Dans l'un de ces cas, la face profonde du lambeau cutané adhérait à la surface séreuse d'une anse intestinale ; dans l'autre, elle adhérait au mésentère. — Le grand épiploon, en se soudant à la face profonde du lambeau cutané, met l'intestin à l'abri et garantit l'intégrité de ses mouvements (péristaltisme). Les expériences IV et V ne contredisent nullement cette proposition. Dans la quatrième, on a bien trouvé qu'une anse intestinale adhérait au lambeau cutané ; mais cette adhérence était très limitée, et constituée par un tissu conjonctif très lâche qui ne pouvait gêner beaucoup les déplacements de l'intestin. Quant à l'adhérence constatée dans la cinquième expérience, elle confirme ce que nous avons avancé, bien plus qu'elle ne le contredit. En effet, sur ce point de la partie inférieure de la cavité abdominale où n'arrivait pas le grand épiploon, nous avons trouvé que le mésentère s'était soudé à la face profonde des téguments du ventre ; or les adhérences du mésentère, si elles peuvent gêner les mouvements de l'intestin, les gênent bien moins que les adhérences de l'intestin lui-même, alors même que celles-ci se présenteraient sous forme d'un tissu conjonctif récent et très lâche.

« L'ablation du *prelum abdominale*, chez l'homme, s'accompagne probablement de phénomènes anatomo-pa-

thologiques pareils à ceux que nous avons pu observer dans nos expériences sur les animaux. On est d'ailleurs en droit de l'admettre, si l'on s'appuie sur les phénomènes cliniques qu'ont présentés nos deux opérées. Aucune d'elles n'a présenté de troubles dans les fonctions de l'intestin; il est probable que chez toutes deux — exactement comme chez les animaux, — le grand épiploon s'est rapidement soudé à la face profonde du lambeau cutané, ce qui a mis l'intestin complètement à l'abri. Chez nos animaux, nous n'avons pas une seule fois vu les viscères venir soulever la paroi abdominale et tendre à sortir au dehors; chez nos deux opérées, au contraire, le fait s'est produit d'une façon très nette. Cette distension des parois abdominales, cette hernie prolongée des viscères, jointe aux troubles apportés dans leurs rapports mutuels, eût pu à la longue provoquer, du côté des organes digestifs et respiratoires, toute la série des désordres qui accompagnent ordinairement les hernies considérables et les éventrations. Si nous n'avons eu à constater rien de pareil chez nos opérées, cela tient à ce que, aussitôt après la cicatrisation des plaies, nous les avons munies d'appareils contentifs. C'est notre conviction, surtout depuis que nous avons revu notre première opérée, M^{me} K..., cinq ans après l'opération. L'état de sa santé pendant tout ce temps a été excellent; pourvue d'un bandage convenablement approprié, M^{me} K... n'a pas éprouvé le moindre trouble, ni du côté des organes digestifs ni du côté des organes de la respiration; elle a pu sortir à pied et en voiture sans inconvénient.

« L'une de nos opérées nous a demandé si, sans risquer sa vie, elle pourrait devenir mère. L'acte de l'accouchement peut-il s'accomplir sans encombre alors qu'il n'existe plus qu'une paroi abdominale antérieure? C'est là une question à laquelle ne peuvent répondre que des spécia-

listes compétents, c'est-à-dire des accoucheurs. Nous nous adressons à eux de la manière la plus instante, et nous nous hâtons d'ajouter que ce sera avec un sentiment de profonde reconnaissance, que nous rencontrerons dans la presse toute indication pouvant hâter la solution du problème que nous venons de poser.

« Ainsi donc, en se basant sur tout ce qui vient d'être exposé ci-dessus, on peut émettre les conclusions suivantes :

« 1° Lorsqu'une tumeur maligne se développe dans la paroi abdominale antérieure, on peut enlever la moitié du plan musculaire, ainsi que le feuillet séreux pariétal, sans exposer la vie des opérés à un danger absolu.

« 2° L'ablation de la moitié du plan musculaire abdominal ne trouble ni les fonctions des organes digestifs ni celles des organes respiratoires ou circulatoires, si l'on a soin d'appliquer un bandage contentif aussitôt après la cicatrisation de la plaie

« 3° L'ablation d'une tumeur maligne de la paroi abdominale antérieure, accompagnée de celle du plan musculaire et du feuillet séreux pariétal sous-jacent, semble garantir contre les récidives dans une mesure plus grande que la simple excision (énucléation) de la tumeur, avec conservation des muscles abdominaux et du feuillet pariétal du péritoine. »

Assurément, les recherches de Sklifossovski sont des plus intéressantes. Elles révèlent des faits anatomo-pathologiques inconnus jusqu'à ce jour, mais elles ont été faites à propos de cas qui ne comportaient pas des opérations aussi radicales que celles qui ont été exécutées.

La lecture attentive des observations de Sklifossovski démontre, jusqu'à l'évidence, qu'il ne s'agissait pas, chez

ses malades, de *tumeurs malignes*. Le nom de *tumeurs sarcomateuses*, qu'il donne à ces tumeurs, en attribuant au mot de *sarcome* le caractère absolu de malignité, n'est pas justifié. Ces tumeurs étaient, assurément, des fibro-sarcomes, des *tumeurs bénignes* en tout comparables à celles si nombreuses dont l'histoire est rapportée dans le cours de ce travail.

Avec d'autres idées sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs, Sklifossovski eût été conduit à en faire la dissection en *rasant de près le tissu même de la tumeur*, et il n'eût point considéré comme nécessaire d'enlever la *sangle abdominale*. Il eut été, tout au plus, conduit à faire une incision plus ou moins étendue du péritoine.

L'un de nous, Labbé, a pu faire cette dissection, malgré le volume colossal de la tumeur qui mesurait 45 centimètres de diamètre : le péritoine fut déchiré dans une très petite étendue et réuni très facilement.

Il n'en reste pas moins établi, par les observations si remarquables de Sklifossovski, que dans le cas de tumeur *vraiment maligne*, on ne devrait pas être arrêté par la crainte de sacrifier une portion notable de la sangle abdominale.

SUR LES TUMEURS DESMOIDES DE LA PAROI ABDOMINALE ET LEUR
OPÉRATION AVEC RÉSECTION DU PÉRITOINE PARIÉTAL

Par SÄNGER (1).

Sous cette dénomination, Säger a fait un mémoire sur les tumeurs qui nous occupent et il a traité particulièrement de la *résection du péritoine* pendant leur extirpation.

(1) *Archiv f. Gynæcologie*, Bd. XXIV, Heft.

Nous avons rassemblé tout ce qui a trait à cette dernière partie seulement. En réalité cela se compose d'une observation très détaillée avec figures dans le texte, de quelques réflexions destinées à mettre en relief la supériorité de l'opération de l'auteur, et enfin de l'exposé de recherches expérimentales sur le mode de guérison de semblables traumatismes.

OBSERVATION LXV. — *Tumeur desmoïde. Ablation avec résection du péritoine*, par SÄNGER.

Femme K..., 26 ans, mariée, menstruation régulière toutes les quatre semaines, durant jusqu'à cinq jours, abondante avec douleurs de reins. Deux accouchements, sans intervention, le dernier il y a trois ans. Bonne santé constante. En juin 1883 elle remarqua à gauche et en bas du nombril une tumeur de la grosseur d'une noix qui s'accrut rapidement, jusqu'au volume actuel. Au début elle était indolore, plus tard vinrent des douleurs, des piqûres. Aujourd'hui la tumeur s'est accrue vers le haut, dans l'hypochondre. La malade est très gênée pour marcher, se plier et travailler. Elle ne peut plus mettre ses vêtements comme à l'ordinaire, elle-même désire être délivrée de sa tumeur.

A l'examen de cette femme bien portante, mais seulement un peu pâle, on trouve une tumeur hémisphérique-oviforme étendue obliquement en bas et en dedans à partir du bord inférieur des côtes et de l'hypochondre gauche, à peu près de la grosseur d'une noix de coco fendue en long. Elle arrivait par en haut jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic et dépassait la ligne médiane de quelques centimètres. Son plus grand diamètre croisait la ligne médiane à angle aigu et atteignait 14 centimètres, mesuré au compas d'épaisseur; son plus large diamètre avait 9 cent. 5. Longueur et largeur au mètre ordinaire (mesure de longueur) mesuraient 9 et 14. La consistance était également dure, la surface lisse, aucune sensibilité à la pression. Elle siégeait tout près de la peau qui peut en être détachée. Mobilité faible au total. Les organes thoraciques et abdominaux sont normaux, sauf une rétroflexion de l'utérus encore mobile, et une double descente de l'ovaire.

Diagnostic : Desmoïde à marche rapide de la paroi de l'abdomen (Fibrome? Fibrosarcome?). Origine vraisemblable dans la gaine du droit de l'abdomen gauche.

Opération le 10 décembre 1883 dans ma clinique particulière avec

l'aide de mes amis et collègues MM. Lauderer, Sachse, Benecke et de MM. les candidats Petzoldt et Hirschberg.

Ici je veux exposer de quelle manière j'ai l'habitude d'agir dans les laparatomies, pour empêcher que les mains des assistants, les instruments, les éponges ne soient en contact fâcheux alternativement avec le champ opératoire aseptique et avec les vêtements et couvertures non désinfectées du patient.

Je nettoie le champ opératoire avec une solution phéniquée et de l'éther, puis le corps entier à l'exception de la tête est couvert avec de grands morceaux de papier, de caoutchouc ou même d'étoffe de waterproof. Par dessus sont placés de morceaux de mull, qui ont été conservés comme les éponges dans une solution à 10 p. 100 et peu de temps avant l'opération placés dans une solution étendue. En même temps des pièces mobiles de mull humide et désinfecté servent, en outre, à recouvrir l'abdomen jusqu'à l'endroit qui doit seul rester découvert pour l'opération. De cette façon j'exclus absolument tout contact des mains, des instruments et des éponges avec autre chose que le territoire désinfecté. Dans le cas actuel de laparatomie, ce mode de protection a été strictement observé.

Incision de 12 centimètres de long à direction longitudinale, environ 10 centimètres en dehors de la ligne blanche, croisant à angle aigu le grand diamètre oblique de la tumeur. Tissu graisseux sous-cutané épais de $\frac{3}{4}$ de centimètres environ. Immédiatement au-dessous on trouve la capsule de la tumeur, tendue pour ainsi dire; colorée en gris bleu, elle est parcourue de nombreux vaisseaux non saillants, à parois minces. Décollement de la peau de la tumeur avec les doigts; pendant ce temps hémorrhagie assez importante venant en partie des branches de communication rompues, en partie des minces vaisseaux de la capsule. Application de pinces possible, seulement, sur la peau. La capsule distendue était trop lisse pour cela. L'hémorrhagie fut plutôt arrêtée par la compression avec des éponges. Prolongation de l'incision par en haut et par en bas jusqu'à 20 centimètres environ. Plus on détache la peau des côtés de la tumeur, plus on découvre son implantation. Vers la ligne blanche et au delà vers la droite elle était sous-cutanée, mais vers la gauche elle était couverte par un croissant de muscles amincis. Me souvenant de mes précédentes expériences, je laissai pendant la suite de l'énucléation cette couche musculaire sur la tumeur, et il en résulta que l'hémorrhagie fut bien moins forte là qu'à l'endroit où la capsule était à nu. J'arrivai au bord droit de la tumeur près de la ligne blanche; alors on put voir nettement qu'elle naissait à la fois de la ligne blanche, de la partie postérieure de la gaine du muscle droit et d'une partie du fascia transversalis. Elle s'en allait en pente vers les aponévroses, s'irradiait dans

leurs faisceaux; sur sa gauche le muscle droit était étalé en croissant sur elle. Alors, de propos délibéré, on incisa tout près du bord droit de la tumeur la ligne blanche puis le péritoine placé au-dessous et ainsi fut ouverte la cavité abdominale. Deux doigts furent introduits et un regard jeté à travers la fente péritonéale; la tumeur faisait dans la cavité abdominale autant de saillie que sous la peau. Comme forme et dimension, elle avait celles d'une noix de coco entière. Ma tentative pour détacher le péritoine aminci et fortement adhérent à la capsule échoua complètement. Elle ne fut du reste pas trop prolongée et je résolus d'enlever la tumeur avec le péritoine, ce qui fut fait de la manière suivante. Sur l'index introduit dans la cavité abdominale fut introduit un court crochet à anévrysme armé de fils de soie doubles; après avoir parcouru une longueur de 2 à 3 centimètres, on perce le péritoine et l'aponévrose, et on fait une double ligature (ou plutôt deux ligatures) de façon que, en coupant entre les deux, une ligature soit sur la tumeur et l'autre sur les bords du péritoine et de l'aponévrose conservée. A droite en bas et à gauche on continua de piquer, lier et séparer ainsi. Quand l'extrémité inférieure de la tumeur fut libérée, on put introduire une grosse éponge dans la cavité abdominale. Un assistant écarta la plaie pour donner plus de jeu à la main qui manœuvrait. Un autre comprima avec des éponges; quelques-unes furent placées dans la poche entre la peau et la tumeur, pour que l'écoulement sanguin fût diminué. Plus nous allions en dehors vers la gauche, plus les ligatures en arcade devaient être serrées, car il fallait y comprendre des muscles. Enfin les quatre cinquièmes de la circonférence de la tumeur furent séparés du péritoine et on put rejeter celle-ci sur les fausses côtes, absolument comme on ouvre le couvercle d'une cruche. En continuant de couper la paroi abdominale on vit le lobe gauche du foie, l'estomac avec le grand épiploon, le côlon traverse et quelques anses intestinales à l'air libre. Quatre grandes éponges à ventre furent placées, et un aide maintint, avec sa main, la peau appliquée sur le trou. Maintenant il y eut encore à détacher le sommet de la tumeur du rebord des côtes, après décortication préalable.

La malade tomba en collapsus (injections d'éther et de camphre : cessation de la narcose).

En raison de l'urgence de terminer l'opération, on pose une double ligature, la dernière, d'une étendue de 3 centimètres environ. Est-ce que l'intervalle entre les fils était trop étroit, est-ce que la ligature était trop lâche? mais l'incision donna lieu à une forte et persistante hémorrhagie veineuse, la première digne de ce nom pendant toute la durée de l'ablation.

On appliqua rapidement bon nombre de pinces et on fit plusieurs

ligatures, quelques-unes tout contre le cartilage costal et dans le voisinage inquiétant du lobe gauche du foie. L'hémorrhagie s'arrêta.

La tumeur enlevée, on chercha s'il était possible de rapprocher les bords très écartés de la plaie péritonéale. On ne réussit pas. A gauche et en dehors, le péritoine s'était si fort rétracté qu'on ne pouvait plus le voir ni le ramener en avant. Il ne restait autre chose à faire que de suturer, à droite, le bord du péritoine à la peau, et, à gauche, de boucher la perte de substance péritonéale avec la peau seule. Les fils des ligatures *en arcade* furent coupés court et abandonnés avant de finir la suture ; la face profonde de la vaste poche cutanée fut frottée avec de l'iodoforme. En dehors, de chaque côté, en haut et en bas furent pratiquées des ouvertures pour quatre drains de force moyenne. Ils furent coupés courts et fixés à l'intérieur par rapprochement de la plaie. Seul, le drain gauche supérieur fut laissé plus long et poussé dans le cul-de-sac cutané sous-jacent aux côtes.

Pour rendre la suture de la peau aussi solide que possible, et pour s'opposer à la formation d'une hernie, on ne réséqua rien de la peau malgré qu'il y eût beaucoup de superflu, même on en fit, en la soulevant et en la suturant, un bourrelet allongé, ainsi qu'il suit. Au point de réflexion de la peau qui forme le bourrelet, quatre sutures métalliques à plaques ou perles furent appliquées. Entre celles-ci, quatre sutures à la soie, profondes, qui attirent le bord droit, péritoine et peau vers le lambeau cutané de gauche. Par dessus, huit sutures à matelas, nouées tantôt à droite, tantôt à gauche. Le bourrelet cutané, saillant de 5 centimètres, fut complètement appliqué à lui-même par une suture continue superficielle et une suture continue profonde à la soie fine. On avait eu soin de mettre d'avance un cinquième drain assez long entre les faces de la peau. Un sixième drain fut placé à l'angle supérieur de la plaie, là où se trouvaient abandonnées les ligatures de jonction.

En pressant avec la main sur le ventre, il s'écoula, par le drain d'angle gauche, beaucoup de sang clair. En outre, on sentait, en faisant glisser la main vers le pubis, une crépitation manifeste. Ce devait être de l'emphysème rétropéritonéal, et probablement une des ligatures s'était défaite. Aussi, pour comprimer plus fortement le ventre, au pansement (iodoforme, gaze sublimée, 10 p. 100 et 4 p. 100, ouate salicylée, mull), fut ajouté un très solide enveloppement aux bandes gommées, puis l'opérée fut remise dans son lit.

Durée de l'opération 2 heures 1/2.

Le poulx s'était relevé pendant le dernier temps, il était plein, lent. Deux heures après, réveil complet (emploi seulement de 45 grammes chloral chloroforme) ; pas de vomissements. Plaintes vives sur la com-

pression du bandage gommé. Enlèvement de celui-ci au bout de six heures environ.

Le 10 décembre. — Jour de l'opération. T. s. 37°,6. P. 72. Quelques vomissements.

Le 11. — T. m. 37,4. P. 78. T. s. 38,1. P. 78. Le soir, faim extraordinairement vive. Comme il n'y a pas eu de vomissements depuis 6 heures, thé froid, Porto.

Le 12. — T. m. 36,8. P. 84, T. s. 37,8. P. 90. Changement du premier pansement. Gaze fortement imbibée de sérosité sanguinolente. Issue de gaz.

Le 13. — T. m. 37,3. P. 90. T. s. 38,1. P. 96. La malade mange de la soupe au lait et de la marmelade de pomme.

Le 14. — T. m. 37,7. P. 90. T. s. 37,9. P. 94. Changement du deuxième pansement. Enlèvement des cinq drains ; on laisse seulement celui du bourrelet cutané. Très peu de sécrétion.

Le 15. — T. m. 37,5. P. 77. T. s. 37,8. P. 88.

Le 16. — T. m. 37,8. P. 85. T. s. 37,6. P. 88.

Le 17. — T. m. 37,1. P. 80. T. s. 38. P. 90. Quatre pilules d'aloès, car l'huile de ricin a été vomie.

Le 18. — T. m. 37. P. 78. T. s. 37,3. P. 88. Changement du troisième pansement. Enlèvement du dernier drain et des sutures. Abondantes évacuations alvines.

Le bourrelet cutané laissait une plaie béante au niveau de son drain, mais tout fut guéri au commencement de janvier ; à cette époque, il était affaissé de moitié. Les parois du ventre étaient tirillées de telle sorte que le nombril était sur la ligne mamillaire et dans l'hypochondre gauche, formant une fossette à la base du repli cutané.

Le 10 janvier. — Quatre semaines après l'opération, la femme K... guérie, pourvue d'un bandage, partit. Le ventre était tympanique partout, mou et non sensible.

Santé parfaite ; toutes les fonctions sont en règle. Quelques semaines après, des fils de soie furent expulsés avec un peu de pus par les cicatrices des drains supérieur et inférieur. Le repli cutané persista, s'aplatit seulement un peu. Il se présente, sur le ventre, toujours un peu tendu de cette femme, comme une pelote. On n'observa pas la modification de respiration décrite par Sklifossowski.

La tumeur enlevée pesait 760 grammes. On y voyait, sur la coupe, une structure fibrillaire rappelant le tissu damassé pour employer une expression saisissante de Herzog. Elle était sèche, assez pauvre en vaisseaux, de couleur blanc-jaunâtre. On ne réussit qu'avec difficulté à séparer les muscles de sa capsule lisse. Le péritoine était absolument inséparable.

L'examen microscopique démontra une véritable structure fibril-

laire, mais il y avait de nombreuses cellules jeunes, fusiformes, qui, rassemblées en amas, auraient pu en imposer par des fibres-cellules. Mais leur petitesse empêchait de commettre l'erreur. Aussi bien, la macération dans l'acide nitrique ne donna rien, pas de fibres isolées ni de la forme ni de la grosseur de fibres musculaires. Contrairement au sarcome, les cellules fusiformes n'étaient pas accolées les unes aux autres, mais étaient séparées par du tissu fibrillaire très fin. Il s'agissait là de la rapide prolifération d'un *vrai fibrome* ayant de nombreux éléments jeunes.

Il s'agit là d'un *véritable drame opératoire*, pour un *cas* relativement *simple*. La tumeur n'atteignait pas le volume d'une noix de coco. La dissection, *en serrant de près le tissu de la tumeur*, eût *sans aucun doute* permis de terminer l'opération sans que la résection de la paroi musculo-séreuse se fût imposée.

Sänger résume dans le tableau qui suit les différences entre les opérations d'Esmarch, de Sklifossowki et la sienne :

ESMARCH.

1. Détachement de la tumeur des muscles et des fascias.
2. Découpage de la tumeur avec son péritoine et ligature consécutive des vaisseaux béants.
3. Pas de drainage.
4. Suture d'argent à la peau du ventre, vraisemblablement simple suture linéaire.

SKLIFOSSOWSKI.

1. Détachement de la tumeur de la peau seulement.
2. Découpage de la tumeur avec muscles, fascias et péritoine. Ligature des vaisseaux qui donnent.
3. Drainage de la cavité péritonéale. Deux drains.
4. Suture linéaire de la peau de l'abdomen.

SANGER.

1. Détachement de la tumeur de la peau seule.
2. Découpage de la tumeur avec une partie des muscles sous-jacents après double ligature des parties musculaires aponévrotiques et péritonéales à couper.
3. Drainage de la cavité péritonéale, quatre drains, et de la peau, trois drains.
4. Elévation de la peau en un large et haut bourrelet. Suture à plusieurs reprises.

Il se livre ensuite aux considérations suivantes :

« Ce sont particulièrement les points 2 et 4 par lesquels mon opération se distingue de celles d'Esmarch et de Sklifossowsky. Le premier extirpa la tumeur d'un rapide coup de bistouri, Sklifossowski l'enleva par petits coups liant les vaisseaux un à un. *Pour moi, avec ma double ligature préventive, j'avais pour but l'arrêt définitif du sang, je prévenais son entrée dans la cavité abdominale à un moment de l'opération où il n'était pas possible encore d'y mettre des éponges.*

« Esmarch et Sklifossowski suturaient ensuite linéairement à plat la peau sur la perte de substance, tandis que je m'efforçai d'utiliser la peau superflue ; je la soulevai en une éminence allongée de façon à diminuer la perte de substance péritonéale et musculaire par rapprochement de ses parois et du même coup à opposer une forte résistance à la pression abdominale. Toutefois il s'agissait pour Sklifossowski d'une bien plus grande ablation de la paroi abdominale qu'il chercha à combattre simplement par l'usage d'un bandage ; mais la peau aurait pu être soulevée facilement et plissée plusieurs fois et disposée en bourrelet par des sutures en matelas. Ces plis s'effacent, il est vrai, par la suite, mais quand la suture linéaire est placée à leur sommet, elle est plus sûrement protégée contre la distension. Le développement d'une hernie sacciforme sur les côtés du bourrelet cutané paraît être prévenu par la soudure des intestins avec les téguments. Du moins il ne se développa pas d'éventration dans mon cas, mais l'abdomen est resté en totalité un peu plus tendu ; peut-être parce qu'une tympanite chronique est entretenue par la soudure des anses intestinales.

La paroi abdominale bombe seulement pendant la toux et les pressions, à peu près comme le faisait la tumeur.

Comme la paroi abdominale est d'*autant plus résistante* que les muscles ont été *moins enlevés* avec la tumeur, il est sûr qu'il faut recommander de les *conserver autant que possible*; mais si l'extirpation est difficile et fait perdre beaucoup de sang, il faut plutôt conseiller de couper les muscles comme Sklifossovski et moi nous l'avons fait.

Les expériences de Sängér ne portent que sur deux animaux; une seule a réussi.

Elle prouve que la guérison peut survenir sans régénération du péritoine, qu'elle se fait par adhérence directe, et que sur les bords de la perte de substance musculaire cette adhérence est moins intime.

Première expérience. — Fort lapin femelle. Incision longitudinale de 10 centimètres environ sur la ligne blanche. Résection d'environ 6 centimètres carrés des muscles et du péritoine pariétal des deux côtés de l'incision. Une anse de l'intestin grêle fut ouverte pendant les mouvements énergiques de l'animal et suturée de suite. Ensuite la plaie cutanée fut fixée sur la ligne médiane par une suture et saupoudrée d'iodoforme. L'animal mourut le deuxième jour après l'opération; l'autopsie montra l'absence de péritonite, d'exsudation, de dépôt; au contraire il y avait dans toute l'étendue de la résection un accollement évident et récent des anses intestinales et de la peau. La mort était le résultat d'une *sepsie* aiguë.

Deuxième expérience. — Lapin mâle, fort. Résection d'un morceau de muscle et de péritoine de la largeur de la paume de la main à peu près; presque un tiers de la paroi abdominale antérieure et latérale. Après suture de la peau on ne constate aucune distension gazeuse au niveau de la résection pendant la respiration normale; après l'opération parfait état, vif appétit, selles normales. Guérison linéaire de l'incision sous l'iodoforme. Vingt-cinq jours après, l'animal fut tué et son autopsie montra ce qui suit. Tout d'abord l'étendue de la perte de substance des muscles et du péritoine était remarquablement diminuée par leur resserrement. Les anses intestinales, appartenant à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, au cæcum et au commencement du gros intestin, étaient solidement unies à la peau. Les adhérences ne commençaient pas tout de suite sur le bord de l'incision de la sangle abdominale, mais presque partout à une

distance d'un demi-centimètre ou d'un centimètre. Entre les bords de l'incision et l'adhérence se trouvait un tissu cicatriciel brillant et dur, sur lequel, malgré nos recherches assidues, malgré l'emploi du nitrate d'argent, aucun endothélium péritonéal ne put être démontré.

Tels sont les documents de cette histoire des résections du péritoine. C'est certainement une série curieuse et bien faite pour encourager les opérateurs : car des succès inespérés ont été obtenus. Mais, sans vouloir faire de reproches à des opérateurs qui ont agi suivant leur conscience, nous nous garderons de recommander de suivre leur exemple.

Nous croyons que la nécessité de telles pertes de substance se présentera très rarement.

Ne tenons compte que de la plus grosse tumeur qui ait été opérée avec résection du péritoine, celle de Sklifosovski, car les autres — celles de Sängér et d'Esmarch avaient seulement 13 centimètres sur 19, et pesaient environ 760 grammes. La tumeur de Sklifosovski (1) pesait 4,107 grammes, et atteignait 41 centimètres de diamètre. Comparons ce qu'ont pu faire les autres opérateurs avec des tumeurs de volume analogue. La plupart ont blessé le péritoine, mais sans produire une grande perte de substance. Quelques-uns ont réussi à garder la séreuse intacte. Pas un seul n'a eu d'éventration.

1. Billroth.....	Tête d'adulte. 9 livres 1/2. 40 cent. de diamètre.)	Déchirure simple.
2. Bruntzel.....	Tête d'adulte.....	Déchirure simple.
3. Labbé.....	45 cent. de diamètre	Déchirure simple.
4. Weinlechner.....	2 têtes d'adulte.....	Plusieurs déchirures.
5. Rokitansky.....	34 livres.....	Plusieurs déchirures.
6. Péan, 1877.....	Tête d'adulte.....	Pas de déchirure.
7. Terrillon.....	5 kilogs.....	Pas de déchirure.
8. Langenbeck, 1850...	Tête d'adulte, 8 livres	Déchirure simple.

(1) *Vratch*, 1881.

Ce petit tableau est notre plus puissant argument pour conseiller de chercher toujours à décoller le péritoine. Quoi qu'en dise Sãnger, nous préférons une plaie musculaire déchiquetée, et un péritoine un peu déchiré, à la plaie nette qu'il recommande.

Du reste a-t-il obtenu le succès ?

Il pensait, par sa méthode de double ligature, arrêter le sang. Sa malade faillit mourir d'hémorrhagie.

Son opération fut aussi laborieuse qu'une tentative de décollement.

Et, enfin, le plissement de la peau qu'il a imaginé et recommandé n'a pas empêché l'éventration de se montrer pendant les efforts.

CHAPITRE X

COMPLICATIONS IMMÉDIATES DE L'OPÉRATION.

Les complications qu'on a vu succéder immédiatement à l'opération, dans les premières heures ou dans les premiers jours qui l'ont suivie, sont *la péritonite* et *l'intoxication consécutive à la rétention des liquides septiques dans la plaie*.

Bien que l'*hémorrhagie* paraisse avoir été la cause de la mort dans un cas de fibrome opéré par Rokitansky, nous ne croyons pas utile d'attirer l'attention des chirurgiens sur cette complication commune à toutes les plaies, et à laquelle ne prédispose pas spécialement le fibrome.

Il en est de même du *choc opératoire*.

§ 1. — Péritonite.

Nous ne nous occupons sous ce titre que des péritonites qui ne sont pas consécutives à la rétention de liquides septiques, nous n'avons en vue que la *péritonite traumatique primitive*.

La péritonite a causé 7 fois la mort.

Elle a toujours été consécutive à une blessure du péritoine ; cependant toutes les plaies du péritoine n'ont pas été suivies de cette complication, puisque nous avons pu rassembler 26 cas d'ouverture de la séreuse sur le nombre total de nos observations.

On a observé la péritonite, principalement, avant la période antiseptique, bien qu'il y ait eu des plaies du péritoine qui aient guéri, sans accidents, même à cette même époque.

Depuis que les méthodes antiseptiques sont appliquées, deux cas de péritonite seulement ont été observés, ils coïncidaient avec un épanchement de sang dans la cavité de la séreuse.

La péritonite qui succède à l'ablation des tumeurs dont nous nous occupons n'a rien de spécial dans ses symptômes. Elle a débuté le plus souvent le jour même de l'opération ; sa marche a été très rapide.

Nous avons indiqué dans un tableau ci-joint la nature de la blessure du péritoine, le moment du début de la péritonite et sa durée.

Tableau de 7 cas de mort par péritonite.

Nom de l'auteur.	Plaie du péritoine.	Début des accidents.	Durée.
1850. Langenbeck.	Déchirure de 5 cent., issue d'une anse intestinale ; su- ture.....	Le jour de l'opération.	3 jours.
1850. Langenbeck.	Incision.....	Sans détails.....	4 jours.
1859. Esmarch....	Résection de 3 cent. carr. ; suture soi- gneuse des pa- rois ; pas de drain.	Le 2 ^e jour.....	1 jour.
1873. Boye.....	Très petite plaie du péritoine.....	Le jour de l'opération.	48 heures.
1873. Labbé.....	Déchirure de 8 ^e à 10 cent. ; suture au fil d'argent...	Le jour de l'opération.	48 heures.
1883. Weinlechner.	Très large ouver- ture, comme dans l'ovariotomie ; su- ture profonde et superficielle ; drain.....	Le jour de l'opération.	48 heures.
1886. Brun.....	Très large ouver- ture ; impossibili- té de bien sutu- rer.....	Le 2 ^e jour.....	48 heures.

OBSERVATION LXVI. — *Fibrome de la paroi abdominale. Grande ouverture du péritoine. Mort*, par ESMARCH (1).

Frédérique Snoren, de Walberg, âgée de vingt-cinq ans, mariée, de bonne santé habituelle, de taille moyenne, assez bien musclée, dit s'être aperçue pour la première fois à l'automne de 1858 d'une tumeur au-dessous de l'ombilic. Celle-ci, du volume d'une noix, mobile sous la peau, n'était douloureuse ni spontanément ni à la pression, s'était ensuite lentement accrue jusqu'en mars 1859, époque où la malade eut un accouchement. Après ce moment, pendant la lactation, la tumeur cessa de s'accroître.

Mais comme cette femme était de plus en plus tourmentée par le poids de sa tumeur, le 12 juillet 1859 elle entra à l'hôpital de Kiel pour être délivrée. Sous l'ombilic, sur la ligne blanche, se voyait une tumeur presque de la grosseur d'une tête d'enfant, qui pouvait être attirée et circonscrite par les doigts. La petite partie de cette tumeur presque globuleuse proéminait au-dessus du plan des téguments abdominaux, l'autre partie plus grande, pyriforme, avait poussé en dedans dans la cavité de l'abdomen. Entre les deux parties, on percevait, à la main, une incisure profonde qui paraissait indiquer l'endroit de l'aponévrose par lequel la tumeur avait pénétré dans l'intérieur de l'abdomen.

La partie de la tumeur proéminente à l'extérieur s'était confondue avec la peau voisine, on la sentait dure et solide au palper. Elle n'était pas sensible au toucher, elle ne pouvait se réduire. Le diamètre de la tumeur, de l'extrémité supérieure à l'inférieure, était de 14 centimètres, même mesure de droite à gauche et la circonférence totale était de 30 centimètres; on pensait à un fibrome dont l'extirpation semblait indiquée.

L'extirpation fut pratiquée le 10 juillet. Sur la ligne médiane de l'abdomen, une incision de 4 centimètres fut faite sur la peau jusqu'à la tumeur dont l'enveloppe aponévrotique brillante fut dénudée; après avoir coupé cette aponévrose autour de la tumeur, il sembla que le péritoine était soudé au néoplasme, aussi fut-il nécessaire pour l'extirpation totale d'ouvrir le péritoine. Le péritoine fut coupé sur la périphérie et la tumeur, libre de ses adhérences, fut enlevée. Le plus grand diamètre de l'ouverture faite au péritoine était de 3 centimètres; par elle on voyait l'épiploon, le côlon transverse, le bord antérieur du foie. L'hémorrhagie de la blessure fut légère. Sur la blessure soigneusement réunie par des sutures, un bandage de corps comprimé par une bande élastique fut appliqué. La femme mise au

(1) Thèse de C.-P. Cornils. Kiel, 1865.

lit, but d'heure en heure de l'extrait d'opium. Une vessie de glace fut placée sur la plaie. Le soir le pouls était à 108°.

L'examen au microscope prouva que la tumeur formée d'une trame celluleuse et de corpuscules épars de tissu conjonctif était un *fibrome dur*, commun; il était probable que la tumeur était partie de la ligne blanche d'où elle avait refoulé en dedans le péritoine et en dehors les muscles droits de l'abdomen.

Le 17 juillet matin. — Le ventre n'était ni enflé, ni très douloureux. Pouls, 112°. Prescription, douze sangsues.

Le 18 juillet matin. — Le ventre assez enflé supporte avec peine la pression. La malade vomit à plusieurs reprises une matière verte et bilieuse. Le pouls est monté à 144°; une sueur froide couvre les membres de la malade. L'abdomen dans le courant de la journée enfle de plus en plus. Pilules de glace. 8 sangsues, Ung. Hydr.

Le 19 juillet matin. — L'état est encore plus mauvais. Collapsus complet. Pouls, 176. Respiration, 60. La malade est tourmentée continuellement de vomissements de matières vertes et jaunâtres abondantes, on y voit de nombreux ascarides lombricoïdes. Le tympanisme abdominal est grave. Un exsudat intrapéritonéal abondant surtout dans le flanc droit se déplace par la percussion. Le plus léger attouchement provoque de très vives douleurs. A midi, au renouvellement des bandages, une sanie fétide s'écoula de la blessure. Un suppositoire d'opium fut prescrit. Les vomissements s'accrurent et le collapsus augmenta; à minuit le pouls était insensible. Peu après survint une selle très abondante.

Le 20 juillet à 5 heures matin. — Mort.

Le diagnostic de péritonite généralisée qu'il n'était pas difficile de faire, d'après les signes indiqués plus haut, fut vérifié par l'ouverture du cadavre. Le fond de la plaie située au-dessous de l'ombilic, verticale, pénétrante, apparaissait couvert d'un exsudat blanc et verdâtre. Le péritoine pariétal s'était soudé avec le péritoine viscéral dans toute la paroi antérieure. Le péritoine pariétal était couvert d'injections rameuses et d'exsudat verdâtre qu'on pouvait enlever comme une membrane. L'épiploon plus rubéfié, gonflé au niveau de la blessure, en beaucoup d'endroits, était vert, noirâtre ou décoloré. En plusieurs endroits étaient des cavités de la grandeur d'une noix, remplies d'une sanie décolorée; la face postérieure de l'épiploon était accolée avec les parois de l'intestin grêle rempli de sang et tout à fait dilaté. En outre, les membranes séreuses de l'intestin étaient cachées par un exsudat vert-jaunâtre. Dans la partie postérieure de la cavité péritonéale était un exsudat floconneux et verdâtre. La tunique muqueuse de l'intestin grêle, près de la valvule de Bauhin, était couverte d'une rougeur diffuse. Dans la tunique muqueuse du côlon ascendant

une turgescence et une rougeur extrême se voyaient et elles s'accroissaient jusqu'au commencement du côlon transverse où elles paraissaient diminuer. La partie pylorique de l'estomac tout à fait distendu descendait jusqu'à l'ombilic. Ceci nous parut le résultat de cicatrices d'ulcères chroniques rétrécissant l'orifice pylorique. La tunique séreuse était surtout injectée de sang; de même pour la tunique séreuse de la vessie urinaire. Les poumons et le cerveau étaient hyperémiés. Telles étaient à peu près les altérations pathologiques à noter dans le cadavre.

OBSERVATION LXVII. — *Fibrome des parois abdominales. Ablation. Péritonite. Mort.* 1^{re} observation de LABBÉ.

Leb... (Marie), vingt-sept ans, cordonnière, entre le 11 juillet 1873, salle Saint-Jean, n° 3, hôpital de la Pitié. Cette femme dont nous ne pouvons connaître les antécédents de famille, puisque ses parents l'ont abandonnée dès son enfance, a toujours eu une santé assez bonne, elle a été réglée à dix-sept ans seulement, et depuis elle n'a éprouvé d'autre malaise que des gastralgies légères, des douleurs de reins coexistant avec un écoulement leucorrhéique peu abondant.

Elle eut un enfant il y a trois ans, et c'est environ un an après son accouchement, que son attention fut attirée sur son ventre par de petits changements douloureux qu'elle ressentait depuis plusieurs jours; alors, en se frictionnant elle découvrit une tumeur du volume d'un petit œuf de poule; d'après ses renseignements, cette grosseur était alors située à peu près sur le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et inférieure (nous insistons particulièrement sur ce point parce que les tumeurs de ce genre décrites jusqu'alors paraissent avoir le point de départ au niveau de l'arcade crurale ou mieux encore au niveau de la crête antérieure de l'os iliaque).

Comme la jeune femme n'éprouvait qu'une gêne légère, elle ne consulta pas de médecin et ne suivit par conséquent aucun traitement. Seulement, au bout de quelques mois, la tumeur était plus volumineuse, alors elle vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu, et là on lui prescrivit des badigeonnages avec la teinture d'iode et des bains sulfureux.

Ce traitement ne suffit naturellement pas à enrayer l'évolution de la tumeur, qui se mit à grossir, graduellement, et même plus vite depuis qu'on s'en occupait et qu'on faisait des applications de teinture d'iode. En sept ou huit mois elle avait atteint le volume que nous lui verrons dans notre description; de plus elle devenait gênante par son poids et aussi par ce fait qu'elle empêchait la malade de se tenir

courbée, position qui était indispensable dans son état de cordonnière. Les petits élancements du début avaient complètement disparu, donc il n'y avait pas la moindre douleur : l'état était assez bon.

Néanmoins comme cette gêne pour travailler allait en augmentant, la jeune Leblond se décida à entrer à l'hôpital (11 juillet 1873).

État au moment de l'entrée. — A l'examen du ventre, on voit tout l'hypochondre gauche envahi par une tumeur ovoïde aplatie dans le sens antéro-postérieur, et allongée de haut en bas et de dehors en dedans; elle a à peu près le volume d'une tête de fœtus. La saillie qu'elle forme sur les parois abdominales est très variable. Ainsi, à l'état de repos, les muscles étant dans le relâchement, elle est loin de paraître avoir son volume réel. Si on prie la malade de contracter avec énergie ses muscles abdominaux, la tumeur, fortement projetée en avant, apparaît sous sa forme et son volume normal; de plus, elle est fixe et immobile, tandis qu'à l'état de relâchement des muscles, elle se déplace aussi loin que le permet la laxité des parois.

La mensuration exacte paraît difficile, mais on jugera bien du volume quand nous aurons dit qu'elle s'étend du rebord des fausses côtes gauches presque jusqu'à l'arcade crurale et l'épine iliaque antérieure et inférieure, qu'en dedans elle déborde la ligne blanche de trois à quatre centimètres et qu'en dehors elle se continue jusque vers une ligne fictive tirée du bord antérieur de l'aisselle à l'épine iliaque supérieure et antérieure.

La peau dans toute son étendue ne présente aucune modification; notons seulement en passant que la sensibilité était un peu diminuée à ce niveau. D'autre part la peau glisse, assez facilement, sur la tumeur.

En déprimant les parois abdominales dans toute la circonférence, on peut facilement limiter la tumeur qui présente des bords très nets; et on peut aussi, jusqu'à un certain point, la contourner et prendre ainsi une idée approximative de son épaisseur; elle a dans toute son étendue une consistance fibreuse, et ne présente pas la moindre bosselure, pas même la plus petite irrégularité.

Par la percussion, on constate une matité très nette dans toute l'étendue de la tumeur. Seulement par suite d'un petit artifice qui consiste à la déprimer et à la faire reposer sur des anses intestinales, le son perçu n'est plus le même; on observe presque de la sonorité.

Pour compléter l'examen on pratique le toucher vaginal et alors on s'assure facilement que l'utérus est normal, et que la tumeur que nous venons de décrire n'a aucun rapport ni avec lui, ni avec ses annexes; la menstruation du reste a toujours été bien régulière.

Toutes les fonctions s'accomplissent bien, la malade a conservé son appétit et ne maigrit pas.

M. Labbé porte le diagnostic suivant : fibrome ou fibro-myome des

parois abdominales : il propose l'opération, la malade l'accepte ; seulement les jours suivants plusieurs érysipèles se déclarent dans la salle ; on est alors forcé d'attendre.

Par suite de circonstances particulières la jeune femme sort de l'hôpital en promettant de revenir plus tard : en effet, elle revient à la fin de novembre.

Rien de particulier à noter si ce n'est que la tumeur paraît encore augmentée de volume.

L'opération est pratiquée le 26 novembre.

Une incision longitudinale (par conséquent presque parallèle à la ligne blanche) longue de 16 à 20 centimètres environ divise successivement la peau, le tissu cellulaire, les muscles et permet au chirurgien d'arriver sur la tumeur. Il s'écoule une assez grande quantité de sang. Plusieurs ligatures sont pratiquées.

Une dissection minutieuse met à nu toute la face antérieure de la tumeur, qui ne présente pas de fortes adhérences avec la face postérieure des muscles. Il n'en est pas de même de la face profonde, celle-ci est appliquée immédiatement sur le péritoine et lui adhère dans une étendue de 25 à 30 centimètres carrés ; cette adhérence est très intime, il faut les plus grands soins pour isoler la tumeur du péritoine ; celui-ci, très aminci sur un point, se déchire : cette déchirure s'agrandit (elle est environ de 8 à 10 centimètres) et l'opération est terminée assez facilement.

Enfin on suture le péritoine avec des fils d'argent, les parois sont rapprochées et maintenues par des fils d'argent fixés eux-mêmes à deux sondes de gomme appliquées de chaque côté parallèlement à l'incision : au niveau de la partie déchirée une issue est ménagée pour l'écoulement des liquides.

Au bout de quelques heures la malade est prise de tous les symptômes de péritonite ; pouls petit, excavation des yeux, coliques, vomissements, ballonnement du ventre, enfin la mort arrive 48 heures après l'opération.

La tumeur a absolument le volume d'une tête de fœtus, elle est un peu aplatie.

L'examen microscopique a été fait par M. Coyne. Il s'agissait d'un fibrome type.

OBSERVATION LXVIII. — *Tumeur prépéritonéale, très légère blessure du péritoine. Péritonite. Mort*, par M. BOYE (1).

La malade qui fait le sujet de ma première observation,

(1) Deuxième observation de son Mémoire. Hospitals Tidende, 16 ann., n° 45.

dit Boye, était à peine retournée chez elle que je me trouvais en présence d'un cas analogue à tous les points de vue ; ce cas est le suivant :

M^{me} K... J..., 33 ans, trois enfants. Toujours bien portante jusqu'en 1872. Pendant l'été, elle remarque une petite tumeur à gauche de la cicatrice ombilicale. Au début : développement lent, mais pendant l'hiver, malgré le traitement par l'iodure de potassium, elle augmente sensiblement de volume, de sorte que dans les derniers temps elle a augmenté de semaine en semaine. Je vis la malade au mois de janvier 1873, la tumeur est longue d'environ 5 pouces, et large de la moitié. Elle s'étend de l'insertion supérieure du muscle droit un peu au-dessous de l'ombilic, elle est étroitement limitée. Les téguments sont saillants à sa surface. La rapidité du développement est une indication pour opérer bien vite. Je conseille donc l'extirpation qui est acceptée. Elle est entreprise le 1^{er} février, dix jours plus tard ; ce court intervalle avait suffi pour que la tumeur augmentât sensiblement de volume.

J'avais l'intention de faire l'opération tout à fait d'après le même procédé que dans le cas précédent, et d'enlever la tumeur avec un fragment du péritoine sous-jacent, mais comme la tumeur était bien enkystée et facile à énucléer, je modifiai mon procédé opératoire et choisis l'énucléation. La réunion se fit aussi bien que dans le cas précédent. Le péritoine ne subit qu'une lésion très légère. On put faire la réunion comme dans le cas précédent avec quelques sutures de catgut. La nuit suivante, il y eut quelques vomissements qu'une injection de morphine arrêta ; depuis ce moment l'opérée parut aller très bien ; pas de douleurs de ventre, ni de sensibilité à la pression, mais le pouls resta petit et presque insensible, et la malade mourut 44 heures après l'opération.

A l'autopsie, on put noter en quelques points une tendance aux adhérences entre les lambeaux cutanés, et la partie du péritoine qui faisait le fond de la plaie ; même le feuillet pariétal, qui pendant l'opération s'était présenté comme du papier de soie extrêmement fin, était sombre et notablement épaissi. Toutes les sutures qu'on avait placées pour la réunion de la petite ouverture étaient déchirées ou avaient disparu, l'épiploon faisait saillie dans le fond comme une sorte de bouchon. Dans la cavité péritonéale on trouve une péritonite généralisée avec exsudat séro-purulent.

La tumeur enlevée présentait à la coupe exactement le même aspect que dans le cas précédent, il y avait destruction complète du tissu musculaire à la face externe ; à la face profonde étaient des faisceaux musculaires pâles, mais reconnaissables. Ceci démontre que

la partie superficielle est plus dégénérée que la partie profonde, et que probablement le développement de ces tumeurs commence par la couche superficielle des muscles pour gagner ensuite la profondeur.

OBSERVATION LXIX. — *Extirpation d'un fibrome kystique de la paroi abdominale antérieure pris pour une tumeur de l'ovaire*, par le Dr WEINLECHNER (1).

« Parmi les nombreuses affections ou tumeurs de l'hypogastre qui peuvent être confondues avec les tumeurs ovariennes, les tumeurs de la paroi antérieure de l'abdomen ne se trouvent pas mentionnées dans les traités de gynécologie ou les monographies, ou le sont d'une manière tout à fait fugitive. C'est peut-être parce que ces tumeurs de la paroi abdominale antérieure sont des raretés, ou parce que, en raison de leur extension prédominante vers l'extérieur, leur lieu d'origine semble ne pouvoir être inconnu.

« Mais si ces tumeurs ont atteint un diamètre inaccoutumé, si elles se sont de préférence développées vers le péritoine, alors il devient compréhensible qu'elles en imposent pour des tumeurs ovariennes et que comme telles elles deviennent l'objet d'une intervention chirurgicale. C'est ainsi que le professeur B. V. Rokitansky a extirpé un fibrome de la paroi abdominale antérieure, pesant 17 kilos, dont le siège prépéritonéal n'a été découvert que pendant l'opération. On avait cru à un kyste de l'ovaire. »

Suit un résumé de cette observation que l'auteur termine en disant :

« Pour moi je rendrai compte ci-dessous d'un deuxième analogue. »

Pokorny (Aloisia), femme d'un serrurier, âgée de 34 ans, réglée à 16 ans pour la première fois, et depuis lors très régulièrement, a eu trois accouchements.

(1) *Extirpation eines für einen Ovarientumor gehaltenen Cystofibroms der vorderen Bauchwand. Wiener medizinische Blätter. 1883, n° 1.*

Il y a six ans elle remarqua dans le flanc gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule qui s'était développée sous les côtes. Celle-ci resta sensiblement stationnaire jusqu'à il y a un an. A partir de ce moment elle commença à grossir rapidement et à devenir gênante par son poids. Selles et urines normales. Dans les quatre dernières semaines la malade a sensiblement maigri.

Le 10 janvier elle se fit admettre à la deuxième division chirurgicale de Rudolfspital. Elle présentait l'état suivant : malade d'aspect jaune pâle, passablement musclée, hypogastre hémisphérique, principalement dévié à gauche, couvert des cicatrices habituelles de la grossesse, veines sous-cutanées dilatées.

La propulsion en avant de l'abdomen est déterminée par une tumeur qui commence à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, s'appuie sur le bord libre des côtes gauches, l'os iliaque gauche, le ligament de Poupart gauche, mais à droite ne commence qu'à deux travers de doigt au-dessous du bord libre, et ne s'étend pas si loin dans la région lombaire. Elle présente de grosses bosses aplaties qui semblent dures et ne donnent nulle part de fluctuation. Vers la droite, étroitement appliquée sur la première tumeur, se sent une autre tumeur plus molle, élastique et presque fluctuante. Elle fait penser qu'elle provient d'un épanchement libre dans la cavité, car elle disparaît aussitôt que la malade se couche à gauche. La tumeur se laisse assez bien déplacer de tous les côtés. Elle peut correspondre à la grosseur de deux têtes d'adulte. L'ombilic est repoussé en avant et à droite par un noyau du volume d'une moitié de noix qui lui est soudé. Le ventre a les dimensions suivantes : de l'apophyse xiphoïde à l'ombilic, 19 centimètres ; de l'ombilic à la symphyse, 23 ; de l'épine antérieure et supérieure gauche à l'ombilic, 28 ; de l'ombilic à l'épine antérieure et supérieure droite, 23 ; plus grande circonférence à la hauteur de l'ombilic, 105. L'utérus est assez élevé, mobile. L'orifice du col est déchiré, largement ouvert, on ne sent de tumeurs ni en avant ni en arrière dans les culs-de-sac.

Je posai le diagnostic *tumeur de l'ovaire* adhérente vraisemblablement à la paroi antérieure, mais non pas avec l'utérus. Quant à la nature même de la tumeur, j'étais dans le doute. Ces bosselures superficielles étaient une circonstance que je n'avais pas encore vue dans les tumeurs ovariennes, leur dureté et leur état lisse me semblaient extraordinaires ainsi que leurs bords mousses semblables à ceux d'un foie hypertrophié. A cause de l'adhérence intime, à cause principalement de l'excroissance du nombril, à cause de l'affaissement rapide de la malade depuis ma première visite, j'inclinai vers une tumeur maligne.

Le 15 janvier 1881, je fis la laparotomie en employant la nar-

cose, le spray au thymol, et les précautions connues d'antisepsie.

Je traçai une incision étendue de trois travers de doigt de l'apophyse xiphoïde à la symphyse, une deuxième plus petite contourna l'ombilic de façon que ce dernier restât adhérent à la tumeur. Alors je marchai pour séparer la tumeur de la paroi abdominale, ce qui fut très difficile, car je devais détacher la tumeur pas à pas, soit de brides celluleuses, soit de brides faites de muscles dégénérés profondément enfoncés entre les lobes de la tumeur, et il fallait en même temps lutter contre une hémorrhagie non sans importance. La séparation fut obtenue, tantôt à l'aide de l'instrument mousse, tantôt au bistouri, tantôt au thermocautère. J'étais dans l'ignorance et l'inquiétude constante de savoir si j'étais en dehors ou en dedans de la cavité péritonéale. Ce fut par en haut, sous l'apophyse xiphoïde, qu'il m'arriva de pénétrer dans la cavité abdominale, je dus pour détacher la tumeur à gauche creuser sous les muscles presque jusqu'aux côtes. Il en fut de même pour la symphyse, un noyau, du volume d'un poing dur et arrondi, s'insinuait entre le pubis et la vessie. La partie développée à droite vint plus facilement, enfin j'incisai une membrane que je crus être le péritoine, et je pus enlever avec assez de facilité la tumeur de sa cavité par décollement. A partir de la dissection du péritoine commença à poindre en moi l'idée que la tumeur n'était point partie de la cavité abdominale, mais de sa paroi. Quand la tumeur qui présentait de gros kystes, sur sa face cachée regardant l'abdomen, eut été mise de côté, j'allai de suite saisir les organes sexuels, utérus et ovaire, que je trouvai sans aucune altération et sans aucun rapport avec la tumeur.

Je nettoyai alors le sang de la cavité abdominale et des cavités accidentelles placées dans la paroi gauche de l'abdomen et entre le pubis et la vessie. Je drainai la paroi gauche, les deux culs-de-sac déjà désignés, l'hypogastre droit, je suturai la plaie abdominale par quatorze sutures profondes et trois superficielles. Pansement de Lister.

Le jour de l'opération la malade se trouva assez bien. Le soir le pouls était à 124° et petit. Température, 38°. La nuit se passa assez bien. Le jour suivant se montrèrent des symptômes de péritonite, la malade vomit continuellement, le pouls devint filiforme, à peine numérable; la température monta à 38°,0 (sic). La nuit la malade devint très agitée, il s'établit des sueurs froides et le matin à sept heures et demie elle mourut en pleine connaissance, quarante-trois après l'opération.

Des recherches nécroscopiques de M. le professeur Chiari, il résulte ce qui suit :

Utérus plus gros, ovaire normal.

Le péritoine est couvert de lamelles fibrineuses, d'exsudat, les viscéres sont de diverses manières soudés entre eux. Dans la cavité abdominale 200 centimètres cubes d'un exsudat sanieux. Dans la moitié gauche de la paroi antérieure, une perte de substance qui, limitée par des parois déchirées de mille manières, présentait une cavité approchant du volume de deux têtes d'adulte.

L'examen de la tumeur extirpée fit voir qu'elle était multilobulée, nettement limitée de tous côtés, tapissée de péritoine à sa face postérieure, formée d'une néoformation conjonctive et qu'elle présentait un poids total de 8,400 grammes.

A la face antérieure de la tumeur, l'ombilic était encore adhérent. Sur la section de la tumeur on pouvait voir qu'elle était seulement solide dans sa moitié antérieure; dans sa partie postérieure ou péritonéale, au contraire, elle était composée de deux espaces kystiques communiquants entre eux, chacun gros comme la tête d'un homme. Dans les cavités était un liquide collant, coloré en brun sombre, mêlé avec des restes déchiquetés du tissu décomposé qui recouvrait les parois.

A la coupe des tumeurs solides on put reconnaître qu'elles étaient constituées de tissu conjonctif, partie fibreux, partie muqueux. Le poids de la tumeur, après évacuation des kystes, était de 6,100 grammes.

Au microscope on reconnut qu'il s'agissait dans ce néoplasme d'un *mixo-fibrome* avec excavation par ramollissement muqueux.

§ 2. — Accidents dus à la rétention des liquides septiques.

La *rétention des liquides* qui sont produits par une plaie, sang, sérosité ou pus, amène des accidents qui sont connus d'une manière générale, mais dont l'importance dans la chirurgie de la paroi abdominale n'a pas encore été démontrée.

A notre avis, c'est la complication la plus dangereuse de l'opération des tumeurs fibreuses de la paroi de l'abdomen. Dans les 12 cas de mort dont nous connaissons les détails, 6 en sont le résultat et sur le reste des observations suivies de guérison, dix fois nous trouvons des accidents qui leur sont imputables.

Billroth en 1873 est le premier qui exprime la crainte de voir les liquides séjourner dans la cavité irrégulière que vient de produire l'ablation d'un de ces volumineux fibromes.

Un peu plus tard, Guyon en 1875 signale le danger qu'offrent les cavités consécutives à l'opération, par la stagnation des liquides et leur transformation.

Le Dentu en 1885, à propos d'une communication de Nicaise sur les mêmes fibromes insiste sur la grande importance du drainage qui doit être établi dans tous les points déclives et ne pas être supprimé trop tôt.

A part ces exceptions les observateurs ne se rendent pas compte de la nécessité spéciale de l'écoulement des liquides et l'un d'eux en 1880, Cornelius Williams, ayant guéri en quelques semaines une de ses malades, regrette de ne pas avoir fermé toute la plaie. Il ne se doutait donc pas des accidents qu'il aurait pu faire naître.

Les plaies consécutives à ces opérations sont anfractueuses; les muscles, les aponévroses sont le siège d'une multitude de petites plaies par arrachement qui produisent un suintement abondant. Si l'écoulement n'est pas très facile, le liquide peut diffuser dans les tissus de diverses manières : d'une part entre les gaines conjonctives inter-musculaires, de l'autre sous le péritoine. La séreuse même intacte laisse probablement filtrer ce liquide. Le péritoine blessé le laissera encore plus facilement pénétrer dans la cavité abdominale. Il en résulte que les lésions du côté des parois peuvent ne précéder que de quelques heures les lésions du côté du péritoine.

La cause de rétention est la suture exacte de la peau. Souvent la rétention est survenue quoiqu'on eût pris la précaution du drainage. La suture musculaire a pu la fa-

voriser dans les conditions que nous avons indiquées.

La rétention se manifeste toujours quelque temps après la fin de l'opération, parfois dès le second jour, souvent à une période plus éloignée.

Le symptôme initial est l'élévation de température. Celle-ci est brusque, considérable, elle s'élève à 39° et 40° centigrades. Elle s'accompagne d'agitation, d'insomnie, d'étouffements, de chaleur à la peau. En somme, l'état général se modifie très rapidement.

En même temps la plaie devient douloureuse et la douleur s'étend à tout le côté du ventre sans qu'il y ait météorisme comme dans la péritonite. Les bords de la plaie se gonflent, deviennent roses, œdémateux. Quelques taches érythémateuses sont disséminées à peu de distance. A ce moment, si l'on défait les sutures, les liquides retenus s'écoulent et du jour au lendemain tous les accidents ont disparu.

Dans le cas contraire, si la plaie reste fermée, les lésions locales augmentent ainsi que les phénomènes généraux.

Toutes les couches cellulaires de la paroi abdominale sont envahies par l'infiltration. Le péritoine lui-même finit par s'enflammer, alors les vomissements, le tympanisme et tout l'ensemble de symptômes caractéristiques de la péritonite s'ajoutent à ceux de la rétention.

La *marche* de la rétention est plus rapide si elle survient dans les premiers jours de l'opération. En 24 heures, des accidents généraux déjà graves se montrent, et au bout de 2 à 3 jours au plus les accidents de péritonite surviennent.

Quand la rétention survient plus tard, après 5 ou 6 jours, les produits de rétention semblent être moins dangereux et on a généralement le temps d'intervenir. Voulant insis-

ter sur les signes de cette affection si importante, nous avons essayé de donner, sous une forme rapide et claire, un exposé des principaux cas.

HUGUIER avait suturé avec soin les divers plans (1).

Dans la nuit qui suit l'opération le ventre devient douloureux dans les environs de la plaie.

Le lendemain, vingt-quatre heures après l'opération, la malade a de l'élévation de température, sa peau est chaude. Le pouls est à 106, 124. Il se développe un malaise général. La respiration est anxieuse et précipitée.

Quand on défait le pansement vers le soir, trente-six heures après l'opération, le ventre est ballonné, mais il n'y a aucun signe de péritonite.

Du côté de la paroi, au contraire, les signes de rétention se sont accusés. Les bords de la plaie ont pris une teinte érysipélateuse, et sont un peu gonflés.

Huguier saisit l'indication, il relâche la suture faite à la peau, et il sort du pus et de la sérosité sanguinolente. En vingt-quatre heures tout rentre dans l'ordre après cette ouverture, la malade dort sa nuit, elle n'a plus de fièvre, presque plus de douleur. La teinte érysipélateuse a diminué. La plaie donne issue à du pus bien lié.

BUNTZEN (2) opère sa malade le 17 du mois.

Un jour après la malade ressent de la douleur dans sa plaie. Elle a des frissons, une soif vive, 104 pulsations.

C'est le début de la rétention, on défait le pansement et dans l'étendue de la paume de la main, en dehors de la blessure, on provoque une vive douleur.

Un peu de pus s'écoule par la plaie quand on presse dans le voisinage, c'est la preuve de la rétention. Cet état persiste deux jours.

Le troisième, la péritonite commence.

Dans le deuxième cas de Buntzen, l'opération est faite le 6 du mois.

Le 7 et 8, la malade n'a que des signes de rétention, insomnie, anxiété, 120 pulsations, fièvre, pas de nausées ni de vomissements.

L'endolorissement se borne au côté du ventre opéré, on enlève le pansement et on constate des taches érysipélateuses.

Le 9, une péritonite suraiguë se déclare et emporte la malade.

(1) Obs. X de ce travail, page 33.

(2) Obs. LXX et LXXI de ce travail, page 304.

BAKER BROWN (1) opère le 20 octobre.

Le 22 octobre au soir, deux jours et demi après son opération, il constate une légère sensibilité de l'abdomen, un empâtement circonscrit de l'extrémité inférieure de l'incision.

Il enlève la plus basse suture et la sonde introduite par l'ouverture fait écouler du pus fétide.

Quelques symptômes se montrent le jour suivant, 23 octobre, du côté du péritoine, mais comme le pus s'écoule bien, tout s'amende rapidement.

VERNEUIL (2) pratique la suture profonde des muscles pour éviter l'éventration, puis fait une suture superficielle et draine. Il se produit un épanchement de sang dans l'intérieur de la plaie. Il se vide en partie par les drains.

Mais la température monte, la malade a du malaise.

Au bout de trois jours surviennent des vomissements porracés de péritonite, qui était restée douteuse jusqu'alors.

La mort survient en vingt-quatre heures.

L'anatomie pathologique de la rétention comprend l'étude du liquide retenu, et celle des altérations que sa présence a produites.

Le liquide varie. Quelquefois c'est du sang, quelquefois de la sérosité ; il peut être formé du mélange des deux, ou bien de sérosité mêlée à du pus, ou bien enfin il n'est composé que de pus. Le sang est toujours altéré et la sérosité n'est jamais un liquide clair et transparent. Voici une série de dénominations empruntées à divers auteurs pour bien faire comprendre toutes les modifications que peuvent présenter les liquides retenus. Esmarch le désigne sous le nom de sanie, Grätzer d'écoulement fétide et sanguinolent. Huguier de pus et sérosité, Baker Brown de pus fétide, etc.... On comprend, après cet exposé de la variété des liquides, que nous ayons laissé notre titre vague de rétention.

(1) Obs. LXXII, p. 308.

(2) Obs. LXXV de ce travail, page 321.

Les lésions de la plaie et du tissu cellulaire nous sont connues par les autopsies de Buntzen et de Verneuil. La première est une observation de rétention de pus, la seconde de rétention d'un liquide sanguinolent.

Dans le cas de Buntzen la mort était survenue au bout de 6 jours. Le temps nécessaire pour l'apparition du pus était dépassé. Aussi trouva-t-il « dans la paroi abdominale autour de la plaie du haut en bas une infiltration purulente du tissu conjonctif intermusculaire. En bas l'infiltration s'étendait jusqu'à la symphyse du pubis et elle descendait dans le bassin autour de la vessie et du vagin. » Le pus ne s'était pas collecté encore. Il était mélangé de bulles de gaz.

Quand les produits de rétention ne sont que de la sérosité et du sang, les lésions, produites par ces liquides, passent facilement inaperçues.

Voici l'autopsie de la malade de Verneuil morte en 3 jours :

« Au niveau de la paroi abdominale antérieure le tissu cellulaire sous-péritonéal, très surchargé de graisse, est, dans une très large étendue, fortement infiltré de sang. Sous la peau on voit quelques gros caillots noirâtres non fétides..... Le péritoine pariétal qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen est fortement injecté. »

Le *diagnostic de la rétention* doit être fait surtout avec deux affections, l'érysipèle et la péritonite.

Pour l'érysipèle qui débute franchement, il y a peu de difficultés, les signes différentiels sont caractéristiques, le grand frisson du début, la rougeur et le bourrelet cutané ne permettent pas de se tromper.

Le diagnostic entre le début de la péritonite et la rétention est le plus important, car il faut le faire sans attendre. On ne peut compter sur les renseignements que donne la

marche du mal. La rétention n'a de symptômes propres que pendant un petit nombre de jours. Après cela, comme nous l'avons fait remarquer, elle aboutit à la péritonite et se confond avec elle.

Les signes précurseurs de la péritonite, qui survient sans rétention de liquide, ne durent pas longtemps. Souvent la péritonite a débuté le jour même de l'opération. De suite le facies est grippé, tout le ventre douloureux et météorisé, le pouls est petit et filiforme.

La plaie n'a pas subi de modifications dans son aspect.

La rétention des liquides septiques ne se manifeste, pas souvent, aussitôt que la péritonite. C'est le deuxième ou le troisième jour, quelquefois plus tard, que se montrent l'élévation de température, l'agitation qui caractérisent son début. Le pouls est fort, la face non altérée.

La plaie présente des modifications.

Le pronostic de la rétention des liquides septiques est des plus graves si l'affection est méconnue.

Si elle survient dans les premiers jours, elle peut être rapidement mortelle.

Quand elle est plus tardive, les accidents sont moins sérieux et ont pu se guérir d'eux-mêmes.

Le traitement de la rétention des liquides septiques ne comprend qu'un seul procédé. Il faut donner une large issue aux liquides retenus. C'est par l'enlèvement des sutures et l'écartement des lèvres de la plaie que ce résultat est habituellement obtenu.

Dans un cas qui montre bien l'importance de cette pratique, Billroth alla jusqu'à rouvrir le péritoine qu'il avait suturé, il eut une guérison. Il n'est pas absolument démontré que ce fût nécessaire.

Cas de rétention.

NOM DE L'AUTEUR.	VOLUME DU FIBROME.	SIÈGE DU FIBROME.	NATURE DES LIQUIDES.	NATURE DU PANSEMENT.
Herzfelder...	Tête d'enfant.	Région inguinale.	Rétention de sang,	
Esmarch....	44 cent. de haut	Ligne blanche, sous l'ombilic.	Une sanie fétide s'é- coule de la plaie ; une bande de caoutchouc appli- quée par-dessus le pansement favo- risait la rétention.	
Huguier.....	192 gr.....	Région inguinale.	Pus, sérosité.	
Esmarch....	Œuf de poule.	Ombilic, à droite.	Rétention : l'exsudat se fait jour spon- tanément.	
Buntzen.....	Paume de la main.....	Entre la ligne blanche et l'é- pine iliaque....	Pus. Emphysème.	
Buntzen.....	18 cent. dans tous les sens	Hypochondre....	Taches érythéma- teuses.	
Baker Brown.	Tête de fœtus.	Entre l'ombilic et le pubis.....	Pus fétide.	
Billroth.....	Tête d'adulte.	Du thorax à l'aîne.	Rétention de séro- sité puis plus tard de pus : abcès successifs.	
Nicaise.....	13 cent. sur 4.	Flanc gauche...	Rougeur érysypéla- teuse.....	Pans. antiseptique.
Gratzer.....	Poing.....	Hypochondre....	Rétention, de séro- sité.....	Pans. antiseptique.
C. Williams.	Orange.....	Aîne.....	Rétention.....	Pans. antiseptique.
Ebner.....	15 cent. sur 19.	Ombilic.....	Rétention, élévation de température..	Pans. antiseptique.
Labbé.....	45 cent. sur 40.	Hypochondre....	Rétention de sang et sérosité.....	Pans. antiseptique.
Labbé.....	25 cent. sur 10.	Grand droit....	Rétention de sang et sérosité.....	Pans. antiseptique.
Labbé.....	10 cent. sur 5.	Grands droit....	Rétention de sang..	élévat. de tempér.
Trélat.....	Gros œuf....	Aîne.....	Bords de la plaie rouges et doulou- reux.....	Pans. antiseptique.
Trélat.....	10 cent. sur 7.	Iliac.....	Id.....	Pans. antiseptique.
Verneuil....	2 poings....	Ligne médiane en- tre ombilic et pubis.....	Rétention de sang et sérosité.....	Pans. antiseptique.

PREUVES DES ACCIDENTS DUS A LA RÉTENTION.

OBSERVATION LXX. — *Tumeur préperitonéale*, par BUNTZEN (1).

Anne-Marie J..., servante, âgée de 23 ans, entre pour la deuxième fois dans l'hôpital le 1^{er} février 1865. Il y a trois ans la malade, en

(1) *Hospital Tidende*, 11^e année, nos 40-41.

voulant lever un cuvier, tomba et vint à heurter la partie inférieure de l'abdomen contre l'anse de ce cuvier. Il se forma une tumeur de la grosseur d'une noix, tout près de la branche horizontale du pubis. Il y a un an, un accouchement normal eut lieu après une gestation régulière. Pendant la grossesse, la tumeur avait commencé à s'accroître peu à peu; depuis lors elle s'est aggravée progressivement. En grandissant, elle était un peu douloureuse; elle gênait aussi pendant la marche. Une première fois la malade s'était fait recevoir dans le *Kommune hospital*, il y a sept mois. Elle y fut traitée avec des cataplasmes jusqu'à sa sortie qui eut lieu, il y a quinze jours, sans qu'elle eût obtenu ce qu'elle désirait : l'opération.

État actuel. — Dans la station assise et pendant la marche, la tumeur gêne beaucoup la malade qui persiste dans son désir d'opération. Cette femme a un air de santé et de prospérité; toutes ses fonctions sont en bon ordre. Elle a eu ses règles pendant son premier séjour au *Kommune hospital* et elles sont passées cette fois depuis quelques jours. La défécation, la miction n'ont jamais présenté de troubles. On sent sur la branche horizontale du pubis, entre l'épine iliaque et la ligne blanche, une tumeur très dure, inégale à sa surface et de la grandeur de la paume de la main; elle est assez mobile; les téguments se déplacent avec facilité. Cette tumeur est nettement limitée dans toute la circonférence, mais les doigts ne peuvent la suivre dans la profondeur. Par l'exploration vaginale on trouve l'utérus à l'état normal. Après avoir vidé la vessie on sent par le vagin, à droite du corps de la matrice, la face inférieure de la tumeur. Elle semble un peu plus unie. Elle pénètre profondément et se laisse toucher à travers la paroi vaginale par le doigt explorateur. Elle est solide et dure sur cette face postérieure comme sur l'antérieure et présente, de même, quelques points douloureux. Pas de douleurs dans la cuisse, pas d'embarras dans les mouvements, surtout dans la position horizontale. Quand la malade est levée, sa jambe devient œdémateuse et elle ressent des douleurs dans la région coxo-iliaque et dans la partie supérieure de la cuisse.

Le 17 février. — Sur ses demandes réitérées, opération. Incision oblique en bas et en dedans, vers l'anneau inguinal, longue de 4", coupant la peau, l'oblique externe et ses aponévroses. On rencontre la tumeur un peu inégale, bien encapsulée et d'une dureté fibreuse. Son enveloppe fibreuse disparaissait dans les fibres musculaires et tendineuses. Son siège était dans la paroi même de l'abdomen, sous le bord du droit, en descendant vers la surface péritonéale du pubis et s'étendant vers le ligament de Fallope. En rasant avec précaution, on trouva au centre de la plaie le péritoine pariétal dénudé dans l'étendue d'un écu et avec sa coloration gris perle.

La plaie est réunie par trois sutures métalliques profondes. L'abdomen est enveloppé de bandes de laine.

La tumeur extirpée avait environ le volume des deux poings fermés. Elle était composée de cinq ou six parties globulaires qui se mêlaient insensiblement. A la coupe elle était solide, criait un peu sous le scalpel, avait une couleur blanchâtre généralement, et présentait des places fortement fibreuses, tantôt disposées concentriquement dans chaque lobe de la tumeur, tantôt courant de l'une à l'autre. Au microscope on la trouva principalement composée de *tissu fibreux* avec un peu de tissu conjonctif çà et là. Il y avait quelques fibres musculaires lisses mêlées à l'ensemble (*fibrome*).

Le 18. — Hier soir un peu de douleur, légers frissons. Les douleurs de l'abdomen se sont aggravées un peu; pas beaucoup de tension, vive douleur dans l'étendue de la paume de la main, mais en dehors de la blessure, soif vive. Pouls 104°.

Le 19. — Un peu de pus par pression de la plaie.

Le 21. — La dilatation du ventre s'est augmentée hier. Elle s'étend jusqu'au cardia.

Il survient de l'oppression, de la dyspnée et des vomissements. Le pouls monte à 130°, la langue se sèche.

Deux jours après, le 23, la malade meurt avec des signes de péritonite et de pneumonie. La plaie est devenue emphysémateuse.

Autopsie. — Dans l'abdomen, péritonite marquée avec injection des intestins fortement gonflés d'air, soudés çà et là par un exsudat peu abondant. Il y avait aussi un peu d'exsudat liquide. La péritonite est assez étendue dans tout l'abdomen, même à la partie supérieure du foie et à la partie inférieure du diaphragme, mais pas à l'estomac. Dans la cavité thoracique, on trouva de la pleurésie des deux côtés, dans la moitié inférieure, avec un exsudat gélatineux adhérent même à la base des poumons. Dans le poumon gauche, congestion sanguine. Dans le bord inférieur du poumon droit, hépatisation rouge. Le tissu non aéré, résistant, s'enfonce dans l'eau. Dans la paroi abdominale, autour de la plaie, du haut en bas, une infiltration purulente du tissu conjonctif inter-musculaire existe. Elle renferme surtout en haut et en dehors des bulles d'air qu'on peut faire cheminer. En bas l'infiltration s'étend jusqu'à la symphyse du pubis et derrière celle-ci dans le bassin autour de la vessie et du vagin. Le pus ne s'était pas beaucoup collecté.

OBSERVATION LXX. — *Tumeur préperitonéale*, par BUNTZEN (1).

Elna L..., femme d'un carrossier, âgée de vingt-sept ans, fut reçue dans le Friedriks hospital le 3 septembre 1864. La malade avait toujours joui d'une bonne santé. Elle a accouché de quatre enfants, la dernière fois, il y a quatre mois. Il y a un an elle découvrit une tumeur entre son ombilic et le rebord droit de ses côtes. Celle-ci a grossi dans la suite jusqu'au volume actuel, sans lui causer beaucoup de gêne, toutes ses fonctions se faisaient régulièrement. Il y a maintenant, au côté droit de l'abdomen, une tumeur qui s'étend du bord inférieur des côtes à la ligne blanche, puis en bas et en dehors, sur une étendue de six pouces dans tous les diamètres.

La face extérieure de la tumeur est arrondie et bombée, tandis que la face interne paraît être plus plate. La tumeur est très dure et solide au toucher, sans parties molles. Elle est légèrement inégale à sa surface et n'est douloureuse qu'à une forte pression. Elle se déplace facilement au-dessus des organes sous-jacents, aussi elle ne semble pas venir des viscères. Elle se laisse moins déplacer en haut et en bas. Dans ces mouvements on remarque de la tension dans les muscles abdominaux. La peau est mobile au-dessus de la tumeur, un peu moins sur la partie centrale qui est la plus proéminente. Quand la malade se relève dans le lit, on voit la tumeur s'avancer rapidement et la peau se tendre par la contraction du muscle droit de l'abdomen. La malade n'a jamais eu de douleurs, se porte tout à fait bien. Elle a exprimé à plusieurs reprises le désir d'être soumise à l'opération, à cause du progrès de son mal.

Le 6 septembre. — Extirpation. Incision longitudinale qui divise les muscles amincis et les aponévroses. La tumeur, bien encapsulée par une membrane celluleuse, est dégagée avec beaucoup de précaution des tissus adjacents, surtout en arrière où elle était en contact immédiat avec le péritoine *peu épaissi*, couvert seulement de quelques filaments du fascia transversalis. Par son bord, la tumeur pénétrait dans la gaine du muscle droit; en haut, elle recouvrait les côtes où elle avait un pédicule un peu charnu et musculaire qui se mêlait aux digitations du grand oblique. L'hémorrhagie fut légère.

La plaie fut réunie exactement par des sutures, on comprima par une ceinture et on administra la glace en pilules.

La tumeur extirpée, de forme ovale, avait 5 pouces de large, 4 de long, 3 d'épaisseur (15 centimètres sur 12 et 9.) Elle pesait 1 livre $3/4$, sa surface était lisse, elle était enveloppée d'une capsule fibreuse dont l'extérieur portait la trace de muscles en dedans et en haut principa-

(1) *Hospital Tidende*. 11^e année, 40-41.

lement. Elle avait une consistance fibreuse et solide et paraissait à la coupe être de nature fibreuse. Une partie était formée de zones concentriques, une autre de travées courant en long et en large. Par endroits, entre les tissus fibreux, elle était plus diaphane, plus molle et plus facile à gratter. Sous le microscope, elle montrait du tissu fibreux principalement ; en quelques endroits il était le seul tissu constituant ; dans les parties plus molles il y avait des *cellules organiques des muscles* à grands *noyaux ovales ayant deux ou trois nucléoles* (1). On trouvait çà et là des fibres conjonctives s'entre-croisant. Dans les résidus des grattages on trouvait des fibres musculaires lisses et des noyaux en abondance.

Le 9. — Hier la malade a eu quelques vomissements ; dans la nuit elle n'a pas dormi. Respiration courte et pressée. Pouls, 120°-130°. L'abdomen est un peu tympanique à sa partie inférieure et droite et un peu douloureux. Pas de selle.

Le 8. — Nuit fiévreuse, sans sommeil ; pas de nausées et vomissements ; abdomen sans changement. L'endolorissement se borne à la moitié droite. Respiration toujours fréquente et anxieuse, teint un peu jaune pâle. Pouls, 120°, très faible. Après avoir défait le bandage, on trouve la plaie sans suppuration *avec quelques taches érythémateuses*.

Le 9. — Les douleurs et la tension du ventre augmentent. Inquiétude, anxiété, abattement, délire. Pouls, 136°. Rétention des selles et de l'urine, puis collapsus, vomissements incessants, pouls imperceptible ; mort le quatrième jour à 8 heures du soir.

Autopsie interdite.

OBSERVATION LXXI. — *Fibrome intra-abdominal adhérent au muscle droit ; ablation, guérison*, par BAKER BROWN (2).

Madame Q., de Vigo, Espagne, trente-six ans, mariée, est mère de trois enfants, dont le plus jeune a trois ans. Il y a quatorze mois que l'on découvrit sa tumeur, alors du volume d'une noix. Presque aussitôt, le chirurgien espagnol qui soignait cette dame tenta de *l'enlever par incision cruciale et dissection des lambeaux*, mais ce fut sans succès, et à la suite elle prit un accroissement rapide. Sur la recommandation d'un de mes anciens malades, à Vigo, elle vint dans ce pays-ci pour être opérée par moi, si je le jugeais convenable, et fut

(1) Buntzen nous semble confondre ici les fibres musculaires lisses avec les corps fusiformes du tissu conjonctif.

(2) *Intra-abdominal Fibroid tumour attached to the rectus muscle successfully removed, Medical Times and Gazette, 1870.* Cette tumeur, malgré le titre donné par Baker Brown, est très probablement un fibrome de la paroi abdominale. On peut expliquer l'adhérence qu'elle présentait avec l'épiploon par la tentative opératoire dont elle a été l'objet.

confiée aux soins de mon ami, le Dr Fraser. Durant mon absence momentanée, deux éminents chirurgiens et deux ou trois médecins de Londres furent consultés. Ils diagnostiquèrent un *fibroïde*, issu des parois abdominales, mais, à l'exception du Dr Ch. Murray, ils jugèrent son ablation trop dangereuse à tenter ; à mon retour en ville, j'examinai le cas avec beaucoup de soin sans écouter les opinions de ceux qui avaient déjà fait cet examen. Je trouvai une tumeur à égale distance de l'ombilic et du pubis, environ du volume d'une tête de fœtus de sept mois. Par son extrémité inférieure, elle était très peu distante de la vessie quand celle-ci était pleine. Elle se mouvait dans l'abdomen, mais était solidement attachée à ses parois ; mon opinion fut qu'elle s'était développée dans les parois de l'abdomen, qu'elle était de nature *fibroïde*, que, à cause de son accroissement rapide, elle intéresserait bientôt les intestins, et à moins d'extirpation, terminerait la vie du malade en deux ou trois ans. Je le confesse, je vis certainement de grandes difficultés dans la méthode à suivre, mais je ne considérai pas l'opération comme impossible et j'exprimai ma volonté d'opérer du consentement des intéressés. On peut remarquer que la tentative faite pour enlever cette tumeur avait seulement eu pour effet de rendre ses *adhérences abdominales* plus solides. L'opération fut différée un jour ou deux à cause d'un rhume dont souffrait la malade. Je pris encore l'avis d'un autre chirurgien qui se montra encore défavorable à mon opération. Le 20 octobre 1860, je procédai à l'opération assisté des Drs Routh, Fraser, Holt Dunn et Archer ; le chloroforme étant administré par le Dr Neale.

La malade fut mise dans la position d'une ovariectomie et la vessie vidée ; je poussai alors un cathéter jusqu'au fond et trouvai que l'extrémité inférieure de la tumeur descendait à moins d'un pouce de la vessie ; je disséquai avec soin par en bas à travers une épaisse couche de graisse jusqu'à ce que je pusse engager mon doigt sous l'extrémité de la tumeur. Je la trouvai presque libre d'adhérence avec les intestins, bien qu'ils fussent comprimés par elle ; mais sa base adhérait aux parois du ventre et *au muscle droit son point d'origine*, si fortement qu'elle était presque impossible à détacher. Alors, je mis à exécution ma première idée de faire à travers les parois deux incisions elliptiques, qui, passant à un pouce de son centre, se rejoindraient auprès de l'ombilic. A gauche, une partie du muscle droit qui entourait la tumeur fut coupée, ensuite je trouvai une *large surface de l'épiploon adhérente* à son extrémité supérieure dans une étendue de 6 pouces sur 4. Celui-ci fut pincé dans le clamp et brûlé au cautère. Enfin la tumeur fut enlevée et la plaie suturée aux fils d'argent. Une seule artère dut être liée. L'opération avait duré une demi-heure sous le chloroforme.

La malade se remit bien des suites et n'eut pas de nausées. Elle fut nourrie par des lavements de thé de bœuf et eut la permission de boire de l'eau d'orge et de pain rôti. Elle passa une bonne nuit, mais fut un peu inquiétée par un retour de rhume avec symptômes de bronchite.

Le 21. — La nuit se passe bien; la malade a uriné plusieurs fois en petites quantités; mais le soir, la bronchite a fait des progrès.

Le 22. — Le lendemain soir, on constate en outre de l'aggravation de la bronchite, une légère sensibilité de l'abdomen, un empâtement circonscrit à l'extrémité inférieure de l'incision. La plus basse suture est enlevée, la sonde introduite ramène du pus fétide et un drain est laissé dans le trajet.

Le 23. — Aggravation, vomissements fréquents; abdomen tympanique et douloureux.

Le 24. — Le jour suivant du pus s'écoule par l'ouverture et la malade se trouve mieux; les dangers de péritonite sont finis. La bronchite s'améliore peu à peu, la malade guérit en quatre semaines. Elle quitta Londres le 10 décembre pour retourner à Vigo.

La tumeur, qui pesait 20 onces = 600 grammes, a été examinée au microscope, et sa structure fut trouvée être de nature *fibroïde* sans révéler autre chose que ce qui est habituel dans les produits de cette nature.

OBSERVATION LXXII. — Gros fibrome de la paroi abdominale antérieure plongeant dans la cavité abdominale. Opération. Guérison. — Recueilli par GERSUNY, dans la clientèle du professeur BILLROTH (1).

Le fait rapporté ci-dessus rappelle un autre cas observé dans la clinique de M. le professeur Billroth, et qui fut publié par Gussenbauer (*Wiener med. Wochenschrift*, 1873). Il se distingue de tous par la grosseur considérable de la tumeur, par son énorme richesse vasculaire, par l'étendue du lambeau de péritoine enlevé pendant l'opération.

Madame B... D... de C..., âgée de vingt-quatre ans, est accouchée trois fois : cinq ans, trois ans et demi et six mois auparavant. Elle était habituellement de bonne santé jusqu'à il y a deux ans, époque où elle découvrit, par hasard, une tumeur dure et ronde qui siégeait près de l'épine antérieure et supérieure de l'ilium dans le flanc droit, et qui ne se laissait pas éloigner des os.

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, 1874, n° 36.

Cette tumeur ne lui causait aucun malaise; mais elle s'accrut peu à peu, et la malade vint, dix-huit mois avant ce jour, consulter le professeur V. Braun, puis le professeur Billroth. La tumeur avait alors le volume d'un poing d'adulte; elle était ronde, dure, et semblait envoyer un prolongement vers la profondeur du bassin.

On ne pouvait, avec certitude, établir si la tumeur partait de la face postérieure de la paroi abdominale, ou bien du périoste, ou des apophyses de l'os iliaque. Elle semblait, du moins à cette époque, fortement proéminer dans la cavité du ventre.

L'extirpation parut assez dangereuse, et comme, d'autre part, la tumeur ne déterminait aucun trouble, et qu'on n'avait aucune indication sur la rapidité de son évolution, toute opération fut pour le moment repoussée.

Une grossesse, qui survint bientôt après, eut son cours normal; mais l'accouchement fut laborieux. Pendant et après cette grossesse, la tumeur augmenta rapidement de volume et commença à devenir gênante par son poids. A cette gêne s'ajoutèrent dans les derniers temps des douleurs irradiées dans la jambe droite. La malade se détermina à revenir à Vienne pour demander de nouveau conseil sur ce qu'il y avait à faire. Vers le milieu de mai, il y eut une consultation entre les professeurs Dumreicher, V. Braun, Billroth et le Dr Mandl. Il fut convenu qu'il n'y avait pas d'autre secours à donner que l'opération, car d'après la marche actuellement assez rapide de la maladie, la malade périrait bientôt dans le marasme; d'un autre côté, la guérison complète était possible par l'opération; cependant celle-ci était jugée dangereuse tant à cause de l'hémorrhagie que de l'ouverture nécessairement considérable du péritoine.

Après quelques jours de réflexion, la malade se décida à l'opération, qui eut lieu dans la maison de santé du Dr Eder, le 29 mai, en présence de V. Braun, Chrobak et Mandl, et de plusieurs médecins du dehors. L'état des forces de la malade, chétive et pâle d'aspect, laissait à désirer. Quant à la tumeur, voici ce qu'elle était :

La moitié droite du ventre était soulevée par une tumeur arrondie, plus grosse qu'une tête d'adulte, laquelle s'étendait du bord inférieur du thorax au pli de l'aîne qu'elle débordait; ses limites latérales étaient marquées par la ligne axillaire antérieure d'une part, et d'autre part, vers le plan médian par la ligne blanche, ou mieux par la ligne pigmentée qui lui correspond et qui était reportée à deux pouces vers la gauche : à son niveau, la tuméfaction cessait assez brusquement. La peau qui recouvrait la tumeur était très tendue; elle était un peu mobile et parcourue par de nombreuses circonvolutions veineuses, saillantes comme le doigt et fortement distendues.

La tumeur paraissait siéger en partie immédiatement sous la peau,

et en partie s'enfoncer profondément dans l'abdomen; elle était globuleuse, lisse à sa surface et de consistance ferme; elle n'était que très peu mobile de haut en bas et latéralement. Il était à peine possible de se faire une idée nette de son point d'origine et de ses rapports anatomiques actuels. Les explorations antérieures avaient fait supposer que cette tumeur pourrait bien, vers les parties profondes, tenir par un pédicule à la face interne du bassin; la dilatation des veines et les douleurs dans la jambe permettaient de penser que, dans le bassin, elle pouvait être adhérente aux gros vaisseaux et aux nerfs; mais, d'autre part, l'absence d'œdème à la jambe droite et le pouls de l'artère fémorale qui avait conservé sa vigueur, combattaient cette opinion. Ces difficultés du diagnostic anatomo-topographique motivaient les plus minutieuses précautions avant l'opération, et elles firent une impression de malaise étrange sur tous les assistants. Chacun avait sur les lèvres cette question : « Qu'en va-t-il résulter? Quelle sera la terminaison? »

Après que la malade eut été chloroformisée, une incision cutanée, correspondant à la ligne blanche, fut faite de l'ombilic à la symphyse; du milieu de cette première incision, une seconde fut pratiquée perpendiculairement à la première, au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur. A ce moment, les veines cutanées qui avaient été coupées saignèrent abondamment et on fut obligé de les ligaturer. La tumeur se montra alors, encore revêtue par la gaine fortement tendue et tiraillée en éventail du muscle droit de l'abdomen; celle-ci ayant été sectionnée, la tumeur apparut à découvert; sa surface était sillonnée par de grosses veines fortement distendues, dont les minces parois avaient été éraillées çà et là par l'arrachement de la gaine du muscle droit de l'abdomen, et qu'il fallut ligaturer pour éviter une hémorrhagie plus considérable.

Le muscle droit de l'abdomen, du côté droit, était envahi par la graisse et refoulé vers la gauche; il reposait en partie sur la tumeur, sous le bord de laquelle on pouvait cependant pénétrer assez profondément de tous les côtés.

Le feuillet postérieur de la gaine du muscle droit apparut alors intimement adhérent à la tumeur; il semblait être le point d'origine de la néoformation; aussitôt qu'il eut été incisé, la tumeur put être portée en dedans et en arrière et séparée en partie du péritoine; mais bientôt on rencontra des adhérences solides, et tout espoir d'épargner le péritoine fut écarté. Comme la malade s'affaiblissait à vue d'œil par l'hémorrhagie veineuse qui persistait, en dépit des éponges fortement pressées au moyen desquelles on cherchait à l'arrêter, l'opération fut terminée le plus promptement possible, en excisant la partie du péritoine qui adhérait étroitement à la tumeur, et en dé-

truisant par quelques incisions rapides les dernières adhérences de la tumeur aux muscles des parois abdominales. Par la perte de substance grande comme la main faite au péritoine, on vit l'épiploon qui recouvrait complètement la masse intestinale. Immédiatement, l'un des assistants couvrit l'ouverture de ses deux mains, afin d'empêcher la hernie de l'intestin et la pénétration du sang à l'intérieur. L'hémorrhagie, que les dernières incisions avaient rendue très abondantes, put alors être promptement arrêtée au moyen de pinces à verroux et de ligatures.

Il est à propos de faire remarquer ici, dès à présent, que pendant toute cette opération, il y eut à peine une seule grosse artère qui donnât du sang ; et cependant, la perte de sang par les veines fut très considérable, à cause de leur dilatation énorme et des déchirures de leurs parois, à cause aussi de l'insuffisance de leurs valvules. On enleva les lambeaux superflus de la gaine antérieure du muscle droit, puis on passa à la réunion des lèvres de la plaie : on fit en sorte, à la partie supérieure, de ne prendre dans les sutures que le péritoine seul, et on y réussit quoiqu'avec une certaine tension de la séreuse, en dépit de sa grande perte de substance ; au contraire, dans les parties inférieures, où l'ablation du péritoine avait été bien moins considérable, on comprit dans les sutures toutes les couches de la paroi abdominale. Les bords cutanés de l'incision vers la partie supérieure furent ensuite recousus à part, et les bouts de fils des sutures péritonéales attirés au dehors. La peau du ventre formant alors à droite une sorte de poche flasque et pendante, on y fit dans les parois les plus déclives une incision dirigée de bas en haut ; on y introduisit deux tubes à drainage qui traversaient en divergeant la cavité de la plaie et vinrent sortir, l'un à l'extrémité supérieure, et l'autre à l'extrémité inférieure de l'incision médiane.

Enfin l'incision transversale fut recousue à son tour, et un troisième drain y fut introduit par l'extrémité latérale.

La tumeur se trouva être un *fibrome vrai* ; elle pesait 9 livres et demie. Après l'opération, la malade était dans un état d'anémie profonde ; le pouls radial était à peine sensible ; sa fréquence atteignait 140°.

On lui donna du café noir et du vin ; de plus, on lui enveloppa de bandes bien serrées les membres inférieurs à partir des orteils, pour ramener le sang des extrémités vers les organes centraux ; on employa une bande de toile pour la jambe droite, et pour la jambe gauche une bande élastique. Cette dernière, au bout d'une demi-heure, était devenue intolérable ; le pied et la moitié inférieure de la jambe se trouvaient anesthésiés, ou du moins insensibles aux piqûres d'aiguille. La bande élastique fut pour cette raison remplacée par une

bande non élastique. Au bout d'environ deux heures, le bandage fut enlevé. Cependant le pouls s'était graduellement relevé, et vers le soir, il était redevenu assez vigoureux. Dans le courant de l'après-midi, la malade vomit deux fois, et elle eut vers le soir un frisson d'un quart d'heure, mais sans élévation de température.

30 mai. — Le matin, la température était de $37^{\circ},6$, le soir, elle atteignait $39^{\circ},6$; en même temps le pouls était *resserré*. Les sutures de la partie inférieure de la plaie, qui étaient fortement tendues, furent enlevées; et comme on *craignait que le produit de sécrétion de la plaie n'allât se collectionner dans la cavité pelvienne*, pour s'y opposer on détruisit l'affrontement des bords de la plaie vers son angle inférieur, le bord libre de l'épiploon fut légèrement repoussé, et au moyen du doigt refoulé jusqu'en arrière de la vessie, et cependant aucun produit de sécrétion ne s'écoula. On fit dans la cavité de la plaie et au moyen des tubes à drainage de fréquentes injections d'eau tiède; les jours suivants, on fit deux fois par jour des injections avec le mélange suivant : teinture d'iode, une drachme, eau une livre, et glycérine.

31 mai. — A deux endroits, les replis pendants de la peau étaient agglutinés, tuméfiés et rouges; après qu'on en eut enlevé les points de suture, il s'en écoula une sérosité un peu rougeâtre. La température du soir s'éleva à $39^{\circ},4$.

1^{er} juin. — Les autres sutures furent enlevées. La tuméfaction des replis cutanés avaient diminué, le pouls était fort, plein, la température ne dépassait pas $38^{\circ},4$, et les jours suivants elle rentra dans les limites normales. La suppuration était abondante, et l'issue du pus était libre.

8 juin. — La malade reprit de la fièvre, et à deux reprises, après une température normale du matin, elle eut une température du soir assez élevée ($40^{\circ},4$). Enfin le 19 juin, une évacuation abondante de pus se fit par le vagin, et fut suivie d'une chute rapide de la fièvre.

La plaie sur la ligne médiane était de nouveau en partie disjointe, mais elle avait très bon aspect; elle était couverte de nombreuses granulations et diminuait rapidement d'étendue, grâce à des bandes-lettes de sparadrap qui en maintenaient les lèvres rapprochées.

La poche cutanée, flasque et vide, qui pendait vers le côté droit et y formait un repli large et semi-lunaire, se souda bientôt aux parties molles sous-jacentes; les surfaces adossées se confondirent en une même cicatrice, en sorte qu'il ne resta plus qu'un bourrelet cutané, de consistance ferme, large de deux doigts, qui descendait de la région épigastrique presque jusqu'à la symphyse des pubis en décrivant un arc à convexité externe.

6 juillet. — Après des douleurs ressenties pendant quelques jours,

dans le fond de la région épigastrique, une nouvelle évacuation du pus se fit par le vagin. Alors les douleurs cessèrent de nouveau. Le 9 juillet, la malade quitta la maison de santé du Dr Eder, avec une plaie complètement guérie, la cicatrice protégée par un bandage abdominal, et elle retourna dans son pays.

Dans ce bandage abdominal est enchâssée une pelote résistante qui correspond au point où les muscles abdominaux ont été excisés, et qui a pour but de s'opposer à la production d'une hernie ventrale.

La peau du ventre qui correspondait à la tumeur avait fini par revenir sur elle-même, au point de ne plus former de plis.

Outre l'abcès formé dans la cavité rétro-utérine, entre les plis de Douglas, la convalescence fut encore troublée par un peu de paresse intestinale, probablement liée à l'abcès; elle céda aux lavements et aux purgatifs légers.

Ce qui nous paraît le plus digne de remarque dans le cas ci-dessus, c'est que : 1° la tension du péritoine à la suite de la suture comblant le vide produit par la perte de substance, n'a pas eu de suites fâcheuses, et 2° que la compression des membres inférieurs au moyen de bandes (et cela conformément à une bien ancienne opinion, ramenée du reste assez récemment sur le tapis à propos du procédé d'Es-march) semble avoir contribué puissamment au rétablissement rapide de la malade épuisée par une perte de sang considérable.

OBSERVATION LXXIII. — *Un cas de fibrome bilatéral des parois de l'abdomen*, par GRÆTZER (1).

Dorothea Dittrich est âgée de trente-trois ans, veuve depuis quelque temps. Elle a toujours été bien portante. Elle a été menstruée régulièrement depuis l'âge de vingt ans sur le type à quatre semaines. Elle a accouché deux fois, la dernière il y a trois ans; grossesse, accouchement et suites furent normales. Il y a deux ans et demi, la malade sentit des deux côtés du ventre des tumeurs de l'étendue de la paume de la main; ces deux tumeurs étaient mobiles sous la peau et non douloureuses. La peau à ces deux endroits était d'apparence convenable. Depuis cette époque, les deux tumeurs s'accrurent doucement, mais continuellement sans douleurs et sans atteinte de l'état général. La malade travaillait après comme avant, c'est seulement dans ces derniers temps qu'elle se plaignit de poids et de tension dans le ventre.

(1) *Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand. Ein Fall von doppelseitigen Fibroid in den Bauchdecken*, Inaug. Dissert. Breslau, 22 Juli 1879.

État au 29 octobre 1878 :

Femme d'aspect anémique. Elle montre sur la paroi antérieure de son ventre, très irrégulièrement déformé, une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant, à droite, et une deuxième tumeur plus petite, à gauche. Les deux tumeurs sont séparées par un sillon formé par la ligne blanche et l'ombilic. La tumeur droite est solidement unie avec le tissu conjonctif sous-cutané; à gauche, la peau se laisse partout soulever. Les tumeurs se laissent déplacer avec la paroi abdominale. La droite atteint jusqu'au bord libre des côtes et l'extrémité supérieure du muscle droit passe au-dessus d'elle.

La tumeur gauche est ovoïde, plus plane, de l'étendue de la main; son grand axe est placé obliquement, à son extrémité supérieure s'ajoute un petit noyau. Les deux tumeurs sont séparées des fosses iliaques; entre la tumeur et la partie antérieure du bassin est un espace de trois doigts, où l'on sent à gauche la gaine du muscle droit de l'abdomen passer sur la tumeur.

Utérus en rétroversion, mobile, sans adhérence avec les tumeurs; ovaire gauche un peu grossi, irrégulier; ovaire droit non appréciable.

La consistance des deux tumeurs est solide, dure et égale.

Diagnostic. — Tumeurs fibreuses de la gaine du muscle droit de l'abdomen. Usure probable de la paroi postérieure de la gaine du côté droit.

30 septembre à 9 heures du matin. — Opération de la tumeur droite. Spray phéniqué. Bonne narcose combinée. On procède immédiatement à l'ablation de la plus grosse tumeur à droite. Une incision verticale sur la partie saillante de la tumeur, parallèle à la ligne blanche, de longueur suffisante, divise la peau fortement amincie; le couteau entre de temps en temps dans la tumeur, qui saigne abondamment. En décortiquant la peau, on trouve le tissu graisseux sous-cutané toujours plus aminci dans l'angle inférieur de la plaie; la tumeur est un peu lobulée et l'on voit le droit se perdre sur ses enveloppes. Les faisceaux du droit sont écartés en dehors comme en dedans, ils forment une ombelle qui embrasse la tumeur. A l'extrémité supérieure, le muscle est plus compacte, les faisceaux sont peu écartés les uns des autres et s'étendent sur la face extérieure de la tumeur. En haut, cette dernière touche partiellement aux fosses côtes; en bas, elle descend jusque auprès du bassin; en dehors, elle atteint la crête iliaque, et en dedans la ligne blanche. Elle est partout entourée de muscles et de leurs enveloppes. Seulement, la partie musculieuse voisine de la ligne blanche est très mince, réduite aux aponevroses et à quelques fibres. En dehors, au contraire, elle est très épaisse parce que les muscles obliques, transverses et droits sont refoulés l'un contre l'autre. La face postérieure de la tumeur repose sur

la séreuse qui peut être facilement séparée à l'aide de la main. La tumeur est implantée à l'intérieur des gaines des muscles entre les aponevroses profondes et superficielles.

L'extirpation fut entreprise, par M. le conseiller Spiegelberg, de la manière suivante : après avoir libéré la peau à l'aide du doigt et du manche de scalpel, il poussa sur la ligne blanche jusqu'au péritoine. Il décortica la tumeur pas à pas sur cette membrane, coupant au bistouri et aux ciseaux les adhérences musculaires, liant les vaisseaux jusqu'à libération complète de la tumeur. Parmi les plus importants vaisseaux qui donnèrent, il n'y eut que l'épigastrique, lors de la section des adhérences musculaires inférieures, et une branche de la mammaire, à la partie supérieure. La plaie était énorme. Le péritoine demeuré intact, bombait sous l'action des intestins. Une série de vaisseaux durent être liés, principalement en dehors, dans les muscles déchirés. Après rectification des bords déchirés, la blessure fut fermée par huit sutures profondes et une rangée de sutures superficielles en bouton. On ne réussit pas à suturer les muscles déchirés et à recouvrir ainsi le péritoine, parce que, à cause de la trop grande tension, les sutures déchiraient les muscles. Avant la fin des sutures, un tube à drainage fut placé dans toute la longueur de la plaie, son extrémité sortait aux angles supérieur et inférieur. Pansement antiseptique. La tumeur de gauche ne fut pas enlevée ce jour-là, parce que l'opération avait duré une heure et demie et que la tension de la plaie était marquée ; une opération longue, vraisemblablement aussi longue dans une région voisine, ne semblait pas indiquée.

Poids de la tumeur, un kilogramme.

30 octobre, matin, 9 heures. — Changement de pansement. Nettoyage. Un peu de liquide, sans odeur.

Prescription. Teinture d'opium.

3 novembre. — Changement de pansement avec spray phéniqué ; pendant le nettoyage à l'acide phénique il sort de l'angle inférieur de la plaie une petite quantité de pus louable. Ventre non ballonné, aucune sensibilité, fièvre intermittente. Excitations de toux pénibles, à cause d'une bronchite diffuse à droite. Ordonnance. Inf. Ipecacuanha. Teinture d'opium.

5 novembre. — Changement de pansement, légère suppuration de l'angle inférieur de la plaie ; enlèvement des sutures supérieures ; drain raccourci, ne sort plus qu'à la partie inférieure. En retirant le drain, les lèvres de la plaie s'écartent un peu à la partie inférieure. Rapprochement avec des bandelettes agglutinatives. L'état général de la malade n'est pas atteint par sa bronchite.

7 novembre. — Pansement et nettoyage. Suppuration modérée, superficielle cependant, mais d'assez mauvaise odeur ; du reste, bon as-

pect de la plaie. Les sutures sont toutes enlevées. Ventre non ballonné, non douloureux; encore un fort catarrhe bronchique, pas de fièvre.

9 novembre. — La surface péritonéale n'est pas encore collée à la paroi abdominale. Faible suppuration des piqûres supérieures et de l'angle inférieur.

12 novembre. — Pansement. Le péritoine et la paroi sont en grande partie soudés. La sonde ne peut être introduite que dans le milieu, dans une cavité étendue par en haut. Tout est fermé à droite et à gauche. La bronchite a cédé. Cautérisation des angles de la plaie au nitrate d'argent.

13 novembre. — Iode au pinceau sur les angles de la plaie.

15 novembre. — Toujours de la suppuration des angles. Cautérisation au nitrate.

18 novembre. — Pas de suppuration, bonne granulation.

21 novembre. — Fermeture progressive des angles.

25 novembre. — Angle inférieur presque fermé.

30 novembre. — La malade est abandonnée jusqu'à nouvel ordre.

Le 18 février, la blessure est complètement cicatrisée. La tumeur gauche n'atteint pas jusqu'à la cicatrice. Elle mesure sur la ligne ombilicale, de haut en bas, la longueur de la main; elle atteint les fausses côtes et présente transversalement la largeur d'une main. Elle est discoïde avec la surface convexe bosselée, saisissable, mobile.

Le 19 février on entreprend l'ablation de la tumeur gauche avec les précautions antiseptiques.

Incision parallèle à la précédente, presque de la même longueur, quoique la tumeur soit plus petite, parce que la peau tendue ne donne aucune aide. La tumeur s'étend en haut autant qu'à droite, mais un peu moins par en bas. Au reste, les rapports topographiques avec les muscles sont les mêmes qu'à droite. A la section de l'extrémité inférieure du muscle droit, l'épigastrique jaillit très fort; en haut, ce furent les branches terminales de la mammaire externe. La tumeur est plus mince que la droite et sa face antérieure est plus mamelonnée. Mais la plus grande différence consistait dans ceci : la tumeur gauche était intimement soudée avec un péritoine très aminci, spécialement sur le milieu de son étendue. Ici le péritoine fut plusieurs fois crevé ou arraché, il en résulta une assez grande ouverture, par laquelle l'épiploon faisait saillie. Une suture immédiate manqua à cause de la trop grande tension du péritoine qui était soudé avec les aponévroses. Les sutures déchirèrent toutes le péritoine. La déchirure du péritoine fut du reste couverte d'une éponge jusqu'à l'énucléation complète de la tumeur, et pendant le placement des sutures. Cinq sutures métalliques et un grand nombre de sutures superficielles réunirent les lèvres de la plaie, après hémostase complète. Les sutures mé-

talliques médianes comprenaient à la fois les aponévroses et la séreuse. A l'angle supérieur de la plaie fut mis un drain qui allait jusque vers la plaie péritonéale. Vers la fin de l'opération survint tout à coup une forte asphyxie chloroformique qui céda à une respiration artificielle de plusieurs minutes faite à la main.

19 février. — Température après l'opération, 37°. Pouls, 66.

2 heures, *après-midi*. — La malade n'est pas encore réveillée de son sommeil. Sueur généralisée. Pouls, 84. Faible saignement consécutif par le drain.

7 heures, *soir*. — Température, 37°,3. Pouls, 120, la malade a uriné toute seule.

20 février. — Le sommeil la nuit fut un peu agité; état général bon, langue humide; catéthérisme. Temp. 38°,2. Pouls, 112.

Traitement : suppositoire opiacé.

6 heures 1/4 *soir*. — Température 39°,0. Pouls 104. Traitement : suppositoire opiacé.

21 février. 8 heures 1/2 du *matin*. — Pansement sous le spray. Du drain s'écoule une quantité modérée d'un liquide brunâtre sans odeur. Température 38°, pouls 96.

6 heures 1/2 *soir*. — Température 38°,9, pouls 108. Bronchite sèche. Traitement : morphine et eau d'amandes amères.

22 février. — 8 heures 1/2 *matin*. — Température 39°, pouls 96.

— 6 heures 1/2 *soir*. Température 37°,5, pouls 84.

23 février. — Pas de fièvre, bronchite en bon état. Enlèvement des sutures métalliques et autres. Une abondante quantité de pus fétide brun et graisseux s'écoule des piqûres de sutures métalliques, principalement et de l'angle supérieur de la plaie. La blessure est recollée dans le fond; nettoyage à l'eau phéniquée, nouveau drain, pansement de Lister.

25 février. — Pansement. Il s'écoule de nouveau une quantité de pus très puant. Les lèvres de la plaie montrent en quelques endroits des portions de peau gangrénées qui sont couvertes d'une épaisse couche gris blanchâtre qui ne se laisse détacher qu'à l'aide des ciseaux. Nettoyage. Pansement de Lister.

26 février. — Encore beaucoup de pus fétide. Nettoyage. Cautérisation des parties mortifiées avec une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100.

27 février. — Évacuation nouvelle d'une quantité de pus fétide, les lèvres de la plaie sont plus belles. Cautérisation au chlorure de zinc.

28 février. — Suppuration modérée de meilleur aspect sans mauvaise odeur des parties de la plaie qui bâillent encore. Les lambeaux de peau nécrosés se détachent. Nettoyage. Charpie phéniquée.

1^{er} mars. — La plaie montre aujourd'hui de belles granulations;

pansement avec de la charpie trempée dans l'acide phénique, ouate, etc.

4 mars. — 8 heures 1/2 matin. — Hier au soir température de 38°,5. Au lever du pansement la ouate se montre en quelques endroits traversée par du pus gris jaunâtre très fétide. Du milieu de la plaie se laisse exprimer une très grande quantité de pus très fétide. Lavage; pansement à la charpie phéniquée.

2 heures 1/2 soir. — Suppuration moindre, pansement renouvelé.

5 mars. — De l'endroit indiqué, où la plaie bâille de 1 centimètre environ et se laisse sonder dans la profondeur d'un centimètre, le pus ne sourd plus aujourd'hui à la pression. Badigeonnage iodé.

8 mars. — Badigeonnage des granulations mollasses, surtout aux angles supérieurs et inférieurs.

13 mars. — Après des badigeonnages quotidiens les granulations sont aujourd'hui meilleures. Pansement sec.

16 mars. — La plaie est fermée, linéaire, jusqu'à l'endroit déjà indiqué situé vers le milieu. Aujourd'hui de cet endroit sort encore beaucoup de pus. Cautérisation au chlorure de zinc.

18 mars. — A la pression on fait sortir, encore, du pus abondant, mais fort liquide.

21 mars. — Même état.

22 mars. — La malade est guérie. On l'engage à se panser journellement la petite plaie qui suppure, et à se faire voir de temps en temps.

Le résultat est tout à fait satisfaisant. La deuxième plaie est cicatrisée; la malade est remise de ses opérations et n'est aucunement gênée dans ses occupations.

L'examen microscopique donne pour la tumeur de droite les caractères d'un *fibromyome* avec des faisceaux de fibres musculaires lisses larges, souvent rubanées, avec des noyaux brillants, ovales; nulle part de fibres musculaires striées. Cette constatation de fibres lisses dans une tumeur issue d'aponévroses, avec lesquelles ne se trouvent en rapport que les fibres striées des muscles de la paroi abdominale, n'est certainement pas sans intérêt. Cela ne peut s'expliquer qu'en admettant l'hypothèse de Cohnheim : embryonale Geschwulstanlage. (Voyez à l'étiologie.)

La tumeur gauche, du volume du poing, était grossièrement mamelonnée, d'aspect blanc-rougeâtre à la coupe, de consistance extrêmement dure. Au microscope, la tumeur montrait un tissu conjonctif ondulé, fasciculé, rangé en groupes isolés qui tantôt se croisaient à angles droits ou obliques, tantôt couraient parallèlement. Il y avait proportionnellement très peu d'orifices vasculaires; à l'intérieur de la tumeur se trouvait une partie en état de dégénérescence myxomateuse : c'était donc un *fibrome myxomateux* de la paroi abdominale.

OBSERVATION LXXIV. — *Tumeur fibreuse de la paroi abdominale antérieure. Extirpation. — Péritonite consécutive. Mort.* Par M. A. GAUCHAS, interne des hôpitaux (1).

C..., Marie, âgée de vingt-huit ans, domestique, entre le 8 novembre dans le service de M. Verneuil à la Pitié. C'est une femme robuste, d'une bonne santé habituelle. Elle est accouchée d'un premier enfant il y a trois ans. Un an après, elle s'est aperçue de l'existence d'une petite tumeur dure, non douloureuse, qui occupait la paroi antérieure de l'abdomen sur la ligne médiane, à distance égale de l'ombilic et du pubis.

Elle devint de nouveau enceinte à la fin de l'année dernière et accoucha au milieu de juin. Pendant la grossesse, la tumeur subit un accroissement considérable et ne diminua pas après les couches. La malade vint une première fois dans le service au mois de juillet pour se faire opérer; M. Verneuil ajourna l'opération. Du mois de juillet au mois de novembre la tumeur fit quelques progrès. Actuellement elle a presque le volume de deux poings; elle est arrondie, partout très dure et mobile; mais on sent pourtant qu'elle adhère aux plans sous-jacents par la face profonde. Si, en effet, en faisant asseoir, sur son lit, la malade, on provoque la contraction des muscles abdominaux, la mobilité diminue considérablement. La tumeur adhère à la ligne blanche et à la gaine des muscles droits. La peau glisse librement sur elle et ne présente aucune altération.

L'état général étant excellent, M. Verneuil pratiqua, le 14 novembre, l'ablation de la tumeur. L'opération fut facile, la face profonde adhérait largement à la ligne blanche, qu'il fallut réséquer dans l'étendue de 3 centimètres carrés environ, et aussi à la gaine des muscles droits, dont les fibres étaient étalées sous la tumeur. Le tissu cellulaire sous-péritonéal fut ainsi mis à nu. Les bords de la plaie faite aux parties fibreuses s'étant écartés fortement, M. Verneuil, pour éviter une éventration, rapprocha les deux lèvres de l'incision à l'aide de trois sutures au fil de catgut; ce rapprochement fut laborieux et incomplet, l'action non contre-balancée des muscles obliques et transverses fit même manquer un des points de suture, le tissu fibreux céda. On fit une suture superficielle de la peau; des drains furent placés aux extrémités de la plaie et le pansement de Lister fut appliqué dans toute la rigueur.

La tumeur est régulièrement arrondie, elle est comme coiffée dans sa partie profonde d'une petite sphère un peu aplatie qui constitue le pédicule. A la coupe, le tissu est dense, crie sous le scalpel;

(1) *Bull. soc. anat.*, 1881.

il est partout blanchâtre. L'examen microscopique après durcissement par la gomme et l'alcool et coloration par le picro-carmin, montre des faisceaux de tissu conjonctif qui s'entre-croisent sous diverses directions; il n'y a pas des fibres élastiques; assez peu de vaisseaux; c'est un *fibrome pur*.

Le lendemain de l'opération, le ventre est un peu ballonné et sensible. Les traits sont altérés, le pouls fréquent, un peu serré. La nuit la malade a vomi ses boissons. Un épanchement de sang assez abondant s'est formé au niveau de la plaie; de plus, du sang s'est écoulé par les drains et a imbibé la pièce du pansement. La température est à 38°.

16 novembre. — Vomissements muqueux. Le ventre est plus tendu; constipation. L'écoulement sanguin a continué, ce sang n'a pas la moindre odeur, il n'y a pas trace de suppuration. T. 38°,3.

17 novembre. — Pas de vomissements; le membre est moins douloureux, mais le météorisme a beaucoup augmenté. Il n'y a pas eu de frissons. Les traits sont grippés; la malade a beaucoup et rapidement maigri. Le pouls est assez ample, fréquent: 120; la température toujours peu élevée, 38°,7. Il y a de la dyspnée. Pronostic fatal. Dans la journée, vomissements porracés incessants, facies très altéré, hypothermie (37° 2 le soir).

18 novembre. — Mort à 6 heures du matin. Les urines examinées à plusieurs reprises, n'ont rien présenté d'anormal.

Autopsie 28 heures après la mort. — Au niveau de la paroi abdominale antérieure le tissu cellulaire sous-péritonéal, très surchargé de graisse, est, dans une très large étendue, fortement infiltré de sang. Sous la peau on voit quelques gros caillots noirâtres non fétides.

Dans la cavité abdominale on ne trouve qu'une très petite quantité de sérosité. Couche sanguinolente accumulée dans le cul-de-sac rétro-utérin. Le péritoine pariétal qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen est fortement injecté, mais non dépoli; à sa surface il n'y a pas d'exsudation. Le péritoine viscéral offre au niveau des anses intestinales de minces fausses membranes, en forme de traînées blanchâtres; il faut une certaine attention pour les voir. Avec une pince on les détache, cependant, avec la plus grande facilité. L'injection vasculaire est très modérée. Pas d'adhérence; pas de pus.

L'utérus est un peu plus volumineux qu'à l'état normal; la cavité du corps renferme un caillot mou; on voit au fond de l'utérus les traces de l'insertion placentaire.

Partout les tissus sont surchargés de graisse, l'épiploon, le mésentère en contiennent une quantité énorme, fait qui, rapproché de la profession de la malade, peut faire penser à de l'alcoolisme. Le

cœur est également surchargé de graisse, il est d'ailleurs absolument sain. Les poumons, les plèvres, n'offrent aucune altération. Il en est de même de la rate et des reins.

Mais le foie offre des particularités remarquables; il est volumineux et pèse 1,700 grammes. L'hypertrophie porte tout entière sur le lobe droit; aussi ce lobe, considérablement augmenté dans son diamètre antéro-postérieur, a-t-il une forme globuleuse; le lobe gauche est réduit à une mince et courte lamelle. A la surface du foie se voient disséminées des taches d'un jaune clair, dont plusieurs ont les dimensions d'une pièce de 5 francs. Sur les coupes, on trouve également une multitude de taches jaunes plus rapprochées, et un peu plus petites, séparées par des espaces où le tissu a conservé à peu près sa coloration normale. Nulle part de thromboses veineuses appréciables à l'œil nu. S'agissait-il dans ce cas d'une stéatose dont la grosseur aurait été l'origine et dont les traces seraient encore persistantes?

Des morceaux de parenchyme hépatique ont été mis dans l'alcool, et les coupes, après durcissement, ont été traitées les unes par l'acide osmique, les autres par le picro-carmin. L'examen a été fait au laboratoire de Clamart.

Les préparations à l'acide osmique montrent clairement que les cellules sont chargées de gouttelettes graisseuses; ces gouttelettes ne sont nulle part réunies de façon à transformer les cellules hépatiques en cellules adipeuses; elles prédominent en nombre et en volume à la périphérie du lobule; cependant dans toute l'étendue de celui-ci, les cellules sont infiltrées de granulations graisseuses. La distribution de la graisse est assez régulière dans les différents lobules. Cette infiltration graisseuse paraît être la seule lésion des cellules sécrétoires, hépatiques, qui, sur des coupes traitées par le picro-carmin, sont normalement et régulièrement colorées.

Mais il existe un état anormal des éléments interposés aux cellules hépatiques: certains lobules sont fortement congestionnés, les capillaires sont remplis, outre mesure, par des globules rouges et blancs, ces derniers en nombre exagéré dans la plupart des lobules. En outre on observe un gonflement des cellules allongées, interposées aux cellules glandulaires du foie. Ces cellules, que l'on regarde comme des cellules endothéliales des capillaires sanguins, ont un aspect vitreux sur plusieurs points.

Les espaces interlobulaires sont infiltrés de leucocytes disposées ici en groupe, là en longues trainées.

En résumé: état graisseux moyen du foie; congestion des capillaires intralobulaires avec augmentation du nombre des globules blancs; infiltration des leucocytes dans les espaces portes. Ces der-

nières lésions se rencontrent dans la plupart des maladies septiques. Quant à la stéatose du foie, il est difficile, en raison du grand nombre des granulations graisseuses et de leur diffusion dans le lobule, de la rapporter aux lésions d'infiltration graisseuse que les auteurs ont décrites dans la grossesse.

L'examen microscopique des reins a montré que ceux-ci étaient à peu près sains; sur quelques points cependant, on pouvait voir les lésions de la néphrite parenchymateuse au début.

OBSERVATION LXXV. — *Tumeur fibreuse bénigne de la paroi abdominale, Opération. Mort.* Par GUERRIER (1).

Voici, dit-il, l'observation qu'il nous a été donné de recueillir dans le service de M. le professeur Trélat, au commencement de cette année : 1883.

Femme de trente-deux ans, un peu adipeuse, mais de bonne santé antérieure. Réglée à 16 ans, et depuis règles abondantes et régulières. Antécédents nuls.

Apparition de la tumeur il y a 4 ou 5 mois; mais la malade convient qu'elle devait exister antérieurement, car, lorsqu'elle s'est aperçue de son existence, la tumeur avait déjà un certain volume.

Cette tumeur siège à droite, en dehors de la ligne blanche, dans la paroi abdominale. Ovoïde, allongée verticalement, du volume d'un gros œuf. Son extrémité supérieure atteint l'ombilic. Tumeur dure, mobile, non fluctuante, peu douloureuse à la pression. En avant de la tumeur, épaisse couche adipeuse qui gêne l'exploration et qui glisse facilement. Si l'on fait contracter les muscles de l'abdomen, la tumeur devient fixe et son immobilité est absolue.

Le toucher permet de constater sa complète indépendance à l'égard de l'utérus et des ovaires.

Le foie en est également indépendant.

A la partie supérieure de la tumeur, on remarque comme un léger degré d'adhésion avec la face profonde des muscles; il existe, en ce point, comme un élargissement diffus qui empêche de saisir nettement la tumeur. Pas la moindre réductibilité d'ailleurs.

État général excellent. La santé de la malade n'a souffert aucune atteinte.

Diagnostic : fibro-sarcome de la paroi abdominale.

Opération le 16 janvier 1883. Une incision verticale sur le som-

(1) Thèse de Paris, 1883.

met de la tumeur permet d'arriver facilement jusqu'à elle. Par son extrémité supérieure, elle adhère assez solidement à la gaine du grand droit.

Après l'incision on la décortique et on l'arrache avec les doigts. On peut alors apercevoir le péritoine qui ne présente aucune adhérence avec elle et qui vient faire saillie par l'ouverture de la paroi. Aucune lésion de cet organe par le bistouri.

On place deux points de suture après avoir lavé la plaie avec de la solution phéniquée à 5 0/0. Dix points de suture superficielle sont ensuite placés. Pansement de Lister.

Dans la journée, pas de douleurs. Le soir la malade est sondée et urine abondamment. T. 37°,8. Pouls 92.

Le 17, la langue est saburrale et la soif assez vive.

La malade a peu dormi. Pas de douleurs de ventre, pas de coliques. La plaie superficielle est un peu douloureuse. T. 38° le matin, 37°,8 le soir. Pouls 92.

Le 18, les phénomènes du côté du tube digestif sont les mêmes, la nuit a été agitée. Cependant pas de douleurs abdominales, pas de météorisme.

Pas de garde-robe.

La plaie est normale, sans rougeur, ni gonflement, ni suppuration. T. 38°,2 le matin, 38° le soir. Le pouls est monté à 120. Deux lavements sans succès.

Le 19, la malade est anxieuse. La nuit a été mauvaise : insomnie continuelle.

La langue est peut-être moins saburrale, mais en revanche elle est plus rouge, allongée et légèrement sèche. La voix est un peu cassée, les yeux paraissent plus caves. Sueurs abondantes, ventre légèrement ballonné et douloureux à la pression. En un mot, les signes de péritonite vont s'accroissant. 2 verres eau de sedlitz, 4 garde-robes abondantes. T. 39°,4 matin, 39° le soir. Pouls 140.

Le 20, les phénomènes observés la veille sont encore plus marqués. Pendant la nuit, des vomissements incessants. Anxiété très marquée. Sueurs abondantes. T. 38°,8 le matin, 38° le soir. Pouls 140.

La malade meurt dans la nuit du 20 au 21.

L'autopsie n'a pu être faite.

La tumeur pesait 135 grammes.

Analyse histologique faite par M. Latteux. — La tumeur présente à la coupe deux tissus d'aspect dissemblable :

Le premier plus compacte, blanchâtre, est formé d'un tissu conjonctif assez dense, à fibres flexueuses au milieu desquelles on rencontre un assez grand nombre de petits noyaux. Il existe également quelques vaisseaux à parois très minces.

La deuxième, plus lâche, offre comme structure un stroma d'éléments embryonnaires, fusiformes, parsemé d'abondants orifices vasculaires, contenant encore du sang.

Entre ces deux types, on rencontre tous les degrés d'évolution de la cellule embryonnaire, jusqu'à la fibre conjonctive parfaite.

Il est donc probable que le tissu possédait une tendance à s'organiser, ce qui serait de nature à éloigner la question de malignité.

OBSERVATION LXXVI. — *Fibrome de la paroi abdominale antérieure. Extirpation. Mort.* Par TRÉLAT (1).

Madame S..., vingt-six ans. Bonne constitution. Deux couches bonnes, mais avec suites longues et pénibles; une fausse couche, péritonite; douleurs abdominales depuis deux ans.

Au mois de février 1883, après un effort violent de toux, la malade s'aperçoit de la présence d'une tumeur sur le côté droit de l'abdomen, qu'elle prend pour une hernie et qui avait alors la grosseur d'une pomme moyenne.

M. Trélat, après examen de la malade, diagnostique une tumeur fibreuse de la paroi abdominale et propose l'extirpation.

Cette tumeur occupe la partie supérieure et latérale droite de la paroi abdominale. Ovoïde, mesurant de 10 à 12 centimètres dans son plus grand diamètre, qui est dirigé de haut en bas, et 7 à 8 centimètres dans le diamètre opposé.

Pas de changement de coloration à la peau, qui glisse facilement sur sa surface; tumeur uniformément dure, mate à la percussion, non lobulée; elle est fixée par la contraction des muscles de la paroi abdominale. La tumeur, assez superficielle, ne semblait pas avoir de prolongements profonds.

Les douleurs occasionnées par cette tumeur avaient un caractère névralgique très accentué et revenaient avec une fréquence extrême dans les derniers temps. Ces douleurs, partant de la tumeur, s'irradiaient dans le bassin et dans la cuisse droite et occasionnaient des crises nerveuses fréquentes.

Constipation habituelle. État général excellent.

L'opération, faite le 12 novembre 1883, est pratiquée sous le spray phéniqué. La malade étant chloroformée, M. Trélat fait une incision verticale de 12 à 15 centimètres suivant le grand axe de la tumeur; il divise la peau, le tissu cellulaire, puis la gaine du muscle droit dans laquelle elle semble contenue.

La tumeur apparaît alors; lentement, péniblement elle est sé-

(1) Thèse de Damalix, Paris, 1886.

parée de la gaine fibreuse. En haut, une petite quantité de fibres musculaires adhère à la tumeur; on les résèque et l'on dissèque attentivement en bas le point d'implantation de la tumeur sur la gaine profonde du muscle droit. Il n'y a aucune ouverture du péritoine qui vient faire saillie au niveau de la plaie; la cavité péritonéale reste absolument fermée. On place quelques ligatures sur les vaisseaux musculaires. La plaie est lavée à l'eau phéniquée à 5 0/0, des points de suture sont appliqués après drainage, et l'on place un pansement de Lister.

L'opération a duré 45 minutes, non compris le temps de l'anesthésie.

Des accidents abdominaux se manifestent le troisième jour, et la malade meurt de péritonite le septième jour après l'opération.

L'examen de la tumeur, pratiqué dans le laboratoire de M. Trélat par M. Latteux, montre qu'il s'agit d'un *fibrome pur*.

OBSERVATION LXXVII. — *Fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale; accidents de rétention. Guérison.* (8^{me} observation de Labbé).

Madame de X... m'est présentée dans les premiers mois de 1885 par mon collègue le Dr Lecorché.

Madame X..., âgée de trente-deux ans, d'une santé magnifique, très bien réglée, a eu deux enfants.

Elle s'est aperçue, il a environ deux ans, qu'une grosseur existait, sur la partie latérale gauche de la ligne blanche de l'addomen, un peu au-dessous de l'ombilic. Cette grosseur a pris un développement assez peu rapide, pendant dix-huit mois, mais depuis les six derniers mois, son accroissement est considérable.

A la fin de mars 1885, quand j'examinai la malade, la tumeur, qui occupait la partie latérale gauche de la paroi abdominale, située d'une façon assez régulière, en arrière du muscle grand droit antérieur du côté gauche, mesurait, dans son grand diamètre, plus de 25 centimètres.

Transversalement elle dépassait la ligne blanche, et mesurait environ 10 centimètres. Elle n'a jamais été le siège d'aucune douleur. La peau est parfaitement mobile à sa surface. Lorsqu'on fait contracter les muscles de la paroi abdominale, la tumeur est immobilisée d'une façon très appréciable.

Le diagnostic de *fibrome sous-péritonéal* est porté.

L'opération est pratiquée le 4 avril. Rien de bien particulier à signaler, sauf l'épaisseur relativement considérable des couches musculueuses et celluleuses placées en avant de la tumeur proprement dite.

Lorsqu'on est parvenu sur le tissu même de la tumeur, l'énucléation se fait assez facilement. On redouble de précaution, en arrivant, en arrière de la tumeur, dans la partie qui se trouve en rapport presque direct avec la face externe du péritoine. L'opération est terminée, sans que celui-ci soit intéressé. La surface péritonéale mise à nu est très étendue.

La plaie est profonde et a une grande étendue.

La réunion immédiate, avec drainage très complet, est tentée; mais au troisième jour, il se produit une élévation de température, dénotant l'*accumulation de liquides*. On désunit la plaie, et l'on trouve un liquide plus ou moins septique accumulé entre les couches celluleuses.

Dès lors tous les accidents cessent et la cicatrisation se fait en six semaines.

L'examen histologique, fait par M. Rémy, démontre l'existence d'un *fibrome* de la paroi abdominale. La guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour (janvier 1888).

L'enseignement à tirer de l'exposé que nous venons de faire des *accidents de rétention* est qu'il faut toujours *assurer l'écoulement des liquides*.

Il n'est pas contestable que le pansement antiseptique diminue les chances de transformation septique des liquides versés dans la cavité de la plaie; mais il ne faut pas s'y fier aveuglément, car précisément les cas de Trélat et Verneuil se sont produits malgré le pansement antiseptique.

Si vous rendez facile l'issue de tous les liquides, la plaie marchera bien, quel que soit le pansement, malgré les mauvaises conditions des hôpitaux, au milieu des miasmes et des contagies. (Même avant l'antisepsie, on guérissait, quand on avait bien livré passage aux liquides.)

Nous citons, comme preuves à l'appui de ce que nous avançons, les observations de Boye, Billroth, 1873, Péan, 1875.

Boye ne fait pas de pansement antiseptique. Le péritoine est ouvert. Il ne fait pas de suture, il se contente de réunir avec du taffetas d'Angleterre. L'écoulement se

fait bien par l'angle inférieur de la plaie. Il y a peu d'accidents, un peu de tuméfaction, de douleur, de rougeur de la peau et de la fièvre. Le malade guérit.

OBSERVATION. LXXVIII. — *Tumeur prépéritonéale. — Extirpation, plaie du péritoine, guérison*, par BOYE (1).

Madame P. L..., vingt-neuf ans, cinq enfants. Rien d'analogue à sa maladie actuelle chez ses ascendants. Elle remarqua il y a 14 mois, juste au début de sa cinquième grossesse, du côté droit du ventre, une tumeur qui avait alors le volume d'une châtaigne; elle était située entre le bord des fausses côtes et l'ombilic. Elle se développa peu pendant la grossesse, et la malade commença, pour la première fois, pendant ces derniers temps, à sentir des douleurs violentes et lancinantes qui augmentèrent après la délivrance et jusqu'en octobre 1872, époque à laquelle je la vis pour la première fois. Cette tumeur était plus grande qu'un œuf de poule, solide, arrondie, lisse à sa surface, saillante sous la peau; on peut introduire partout les doigts au-dessous de la tumeur, sauf au niveau du bord du muscle grand droit auquel elle paraît adhérer.

La malade, qui allaite son enfant aujourd'hui âgé de quatre mois, est chloro-anémique; on trouve d'assez nombreuses tumeurs ganglionnaires indolentes dans les deux aines et sous les téguments de l'aisselle. On ordonna de sevrer l'enfant, et on institua le traitement iodé.

Je revis la malade sept semaines plus tard. Le sevrage de l'enfant n'a présenté aucune difficulté. En très peu de temps le volume de la tumeur devint le double de ce qu'il était, sans qu'aucune altération essentielle se fût produite; elle paraît à peine moins mobile, mais on peut encore pénétrer avec les doigts sous ses bords. On propose une opération à la malade; elle retourne chez elle, mais au bout de neuf semaines, elle peut quitter sa maison pour se soumettre au traitement indiqué. Pendant ce temps, la tumeur s'est développée de telle sorte qu'aujourd'hui elle fait une saillie d'un pouce sur le bord des fausses côtes et s'étend de l'épine iliaque à la ligne médiane. Sa base est circulaire: son diamètre est de cinq à six pouces. On ne peut plus pénétrer profondément au-dessous de ses bords. Elle est divisée en deux parties par un sillon horizontal, une superficielle, cupuliforme, fortement proéminente sous la peau, et une autre partie plus profonde, plus grande; celle-ci ne dépasse pas le bord externe du muscle droit.

(1) *Hospital Tidende*, 1873, XVI^e année, p. 177, n° 45.

Les tumeurs ganglionnaires sont dans le même état qu'auparavant. Pas de traces de maladies du poumon. Comme l'enfant a été sevré récemment, les mamelles renferment encore un peu de lait; la malade est assez faible, mais étant donnée la rapidité extrême avec laquelle s'est développée la tumeur, je ne crois pas qu'il faille attendre pour faire l'opération.

L'extirpation est faite le 6 décembre. On fait une incision cruciale assez étendue, à la suite de laquelle on dissèque des lambeaux cutanés; beaucoup de sang est fourni par de petites artères.

La tumeur se montre complètement dénudée, sans être couverte d'aponévrose. Il est clair qu'elle intéresse toutes les couches musculaires jusqu'au péritoine, auquel elle adhère. Il est facile de voir que la masse sphéroïde, limitée par un sillon, peut être détachée avec les doigts et le manche du scalpel sans employer le bistouri; on peut ainsi enlever sans péril la partie mobile de la tumeur, et arriver à porter le diagnostic précis sur sa véritable nature. Je considérai la tumeur comme de mauvaise nature et je me résolus à compléter au plus vite l'opération, plutôt que d'abandonner la malade à son triste sort. Je détachai en partie avec le doigt, en partie avec le bistouri, la tumeur de ses connexions avec le tissu musculaire environnant; elle y était encastrée, comme un verre de montre dans sa chape. Pendant ce temps je me rapprochais du péritoine en prenant les plus grandes précautions.

Nous nous aperçûmes bientôt que nos craintes relatives à une adhérence entre lui et la tumeur étaient fondées, et qu'en un point il était impossible de songer à les détacher. Ce fut une raison pour ne pas continuer plus longtemps de procéder avec les précautions précédemment indiquées; la tumeur fut détachée dans la partie qui adhérait aux cartilages costaux. Les intestins se précipitèrent par l'ouverture faite de la sorte; je réussis difficilement, grâce à l'aide de mon assistant le Dr Smith, à les maintenir en place à l'aide d'une éponge. L'épiploon hernié avec les intestins, fut, après une hémotase soigneuse, refoulé en bas avec ceux-ci et servit à fermer l'ouverture des parois abdominales à l'extrémité inférieure de laquelle il fut laissé.

La plaie fut réunie par des sutures, sauf la partie inférieure où l'on mit seulement une bande de taffetas d'Angleterre de manière à permettre l'écoulement des liquides morbides. Pour soutenir les sutures on mit de larges bandes de sparadrap autour du ventre.

La malade, très affaiblie, eut une hémorragie secondaire par le lambeau correspondant aux côtes. Le sang s'écoula bien par la partie inférieure de la plaie, et comme la faiblesse était extrême on se dis-

pensa de toucher au pansement. Pendant les deux jours qui suivirent l'état parut désespéré.

Elle se remit peu à peu avec le vin et l'opium, le pouls devint plus plein et plus fort et tomba de 112 à 60. Il y eut une infiltration assez prononcée des parois abdominales autour de la plaie sans traces de péritonite, et les lambeaux se réunirent vite ainsi que l'épiploon sous-jacent. Quatre jours après l'hémorragie, il y eut un peu de tuméfaction et de sensibilité de la plaie et il s'écoula par l'angle inférieur un liquide sanguinolent et de mauvaise odeur; cet écoulement cessa vite.

Le 16 décembre la plaie était presque fermée et l'état général était satisfaisant. Le 17 la malade se coucha sans précaution sur le côté opéré; les adhérences fraîches et encore faibles furent rompues.

A la suite de cet incident il se développa de la douleur et de la fièvre. La position ayant été rectifiée, et un bandage plus serré appliqué, tous ces accidents disparurent très vite. Mais il se fit plusieurs abcès dans le lambeau au niveau duquel s'étaient montrées les hémorragies, et qui avait toujours eu moins de tendance à la réunion. Il fallut les ouvrir et mettre un tube à drainage. La malade ne put retourner chez elle complètement guérie qu'au 1^{er} janvier 1873.

La surface externe de la tumeur enlevée était solide; à la coupe elle était pâle mais présentait quelques points rougeâtres; sa surface était la même que celle du rein dans le mal de Bright. Dans la couche profonde, on distingue très nettement les faisceaux musculaires présentant la coloration ordinaire des chairs, et dans cette couche on trouve plusieurs petits kystes dont le volume se rapproche de celui d'une lentille. Je regrette que cette tumeur n'ait pas été soumise à l'examen microscopique, mais ni moi ni mes collègues n'avions une habitude suffisante de ces recherches.

J'ai revu la malade deux mois plus tard, elle avait un excellent aspect, allait très bien et s'acquittait parfaitement de sa tâche de maîtresse de maison. L'ouverture de la paroi abdominale est un peu revenue sur elle-même, et avec une ceinture et une pelote solide, d'environ six pouces de diamètre, les viscères peuvent être maintenus en arrière, mais lorsque cette personne se livre à un travail un peu violent, ce qu'elle ne peut pas toujours éviter, ils montrent une tendance manifeste à sortir par les bords.

OBSERVATION LXXIX. — *Fibrome de la paroi du ventre partant de la gaine du muscle droit de l'abdomen et soudé avec le péritoine. Extirpation. Guérison*, par BILLROTH (1).

Le 11 octobre 1872 une dame A. E..., robuste, âgée de 26 ans, se

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, n° 8, 1873.

fit recevoir à la clinique du professeur Billroth, pour l'ablation d'une tumeur au ventre qu'elle avait remarquée déjà depuis deux ans, lorsqu'elle n'avait encore que le volume d'un œuf de poule. La tumeur n'avait jamais causé de douleur à la malade et avait pour cette raison été plutôt fortuitement découverte. Aussi cette malade ne pouvait ni donner une indication précise sur l'âge de sa tumeur, ni donner la cause occasionnelle qui pouvait se rattacher à son développement. Cette femme avait été toujours bien portante antérieurement et avait accouché deux fois naturellement, la dernière fois il y a un an et demi. Les fonctions des organes sexuels avaient été normales avant, pendant comme après les grossesses. La tumeur était constamment dure au toucher et se développait toujours depuis qu'on l'observait; au début l'accroissement était lent, mais, dans le dernier semestre, la malade prétend avoir remarqué une plus rapide augmentation de volume.

Actuellement, la tumeur a atteint à peu près la grosseur d'une tête d'enfant, est de forme arrondie et siège au-dessous de l'ombilic un peu à droite de la ligne blanche. Elle est recouverte de la peau normalement plissée et se meut, en tous sens, avec la paroi abdominale lâche.

Quand le ventre est tendu (*Bei gespannten Bauchdecken*), la tumeur fait une plus grande saillie au-dessus de la surface et n'est plus aussi librement mobile. Particulièrement, dans la direction de haut en bas, et réciproquement, le déplacement est empêché quoique toujours nettement perceptible.

Si les muscles droits de l'abdomen sont fortement raidis, il est facile de se rendre compte par la palpation de la tumeur, qu'elle adhère à droite à la gaine du muscle droit plus intimement qu'aux parties placées à son bord externe. Un faible déplacement s'obtient sur la gaine du muscle droit pendant sa forte contraction mais près de la ligne blanche la tumeur semble être plus solidement fixée avec les tissus sous-jacents.

La consistance de ce néoplasme, à surface tantôt lisse, tantôt inégale, est la dureté qui correspond au fibrome.

Cette femme a pris un léger catarrhe bronchique pendant son voyage.

Des remarques précédentes il résulte, indubitablement, que cette tumeur est un *fibrome* qui siège sur la gaine du muscle droit de l'abdomen à droite et dont la plus grande masse se trouve en dehors du péritoine.

Le fibrome n'est-il pas adhérent au péritoine au niveau de la ligne blanche? est-il au contraire soudé et passe-t-il au travers? Quoique l'attention ait été spécialement dirigée sur ce point il n'y a pas de données sûres.

La cohésion solide de la tumeur avec les tissus profonds de la ligne blanche donnait à entendre la possibilité de la soudure avec le péritoine, mais ce signe seul n'était pas suffisant pour fonder une telle opinion. Cependant, à cause de cette circonstance, il fallait surveiller l'opération d'autant plus que dans des cas semblables (rares d'après mes recherches) on a observé que des fibromes nés des parois abdominales avaient des rapports avec le péritoine.

Le 16 octobre, la tumeur fut enlevée par le professeur Billroth. La malade fut endormie. Après incision de la peau dans une étendue de quatre pouces on put séparer avec facilité le tissu cellulaire sous-cutané de la face antérieure de la tumeur, mais sur la circonférence postérieure correspondant à la face antérieure du muscle droit de l'abdomen la tumeur était soudée avec la gaine musculaire dans l'étendue de la paume de la main. La libération de la tumeur avec le couteau se fit avec d'autant plus de précaution que la soudure était plus intime et que le tranchant du bistouri s'approchait de la ligne blanche.

Dans cette partie du fibrome, adhérente à la gaine du muscle droit, se montrent les vaisseaux nourriciers; quatre artères jaillissantes sont liées.

La tumeur tenait encore sur une longueur d'un pouce environ et une largeur de quelques lignes avec les fascias dans cette partie que nous avons vue si fortement soudée à la ligne blanche, lorsqu'un trait de bistouri ouvrit, malgré les précautions minutieuses, la cavité abdominale. La tumeur adhérait là si intimement au péritoine qu'il était impossible d'enlever complètement l'un sans l'autre. La surface d'une anse de l'intestin grêle se présenta dans cette fente de trois quarts de pouce (18 millimètres). Elle fut arrêtée de suite par l'application du doigt. Par cette oblitération digitale M. le Dr Billroth atteignait en outre le but d'empêcher la pénétration du sang dans la cavité péritonéale.

On détacha complètement le fibrome. Il était si intimement soudé au péritoine en ce point, que sur la plupart des préparations il fut impossible de les séparer et à peine possible de les distinguer. On fit passer sur le doigt qui fermait le péritoine trois fils à travers la séreuse et la paroi, et ainsi fut fermée la partie de la plaie où le péritoine était ouvert. Le reste de la plaie ne fut pas réuni. Pansement à la glycérine. Le ventre fut ceint d'un bandage de corps.

La marche de la plaie fut extrêmement favorable et la plaie péritonéale ne donna consécutivement aucuns symptômes ni subjectifs ni objectifs d'inflammation même circonscrite à son niveau.

La formation des granulations et la cicatrisation de la plaie se fit avec une telle absence de réaction que le danger d'une perforation

peritonéale par suppuration de la plaie ne se montra pas. On aurait pu s'en préoccuper d'autant plus que la forme de la blessure, celle d'un sac formé par le péritoine, était favorable à l'accumulation des sécrétions dans son fond.

Le premier jour il y eut à peine une sécrétion sur la plaie. Au moment de la chute des ligatures, ce qui eut lieu le septième jour, on put remarquer une petite quantité de pus dans le fond de la plaie qui était visitée deux fois par jour, matin et soir. Quoiqu'il y eût quatre ligatures dans ce fond, il n'y eut jamais lieu de songer à les enlever. Aussi, pendant toute la durée de la cicatrisation, n'eut-on pas à employer une seule goutte d'eau pour le nettoyage. A chaque pansement la cavité de la plaie fut remplie avec de la glycérine pure jusqu'au niveau des bords.

L'enlèvement de la suture abdominale eut lieu au troisième jour après l'opération, lorsque les parois de la plaie étaient solidement recollées.

La réaction générale fut aussi de peu d'importance; à l'exception d'une ascension vespérale de la température jusqu'à 38° au jour de l'opération, cette plaie fut sans fièvre pendant toute sa durée, encore cette température ne doit être considérée comme pathologique que chez les individus à basse température. Cette normale persista jusqu'à la cicatrisation complète qui eut lieu le dix-neuvième jour.

Le catarrhe bronchique avait disparu. Le premier jour seulement après l'opération on eut à recommander l'opium, à cause de la toux, pour assurer le repos de la nuit. Le 5 novembre, la malade partit guérie de la clinique après être déjà restée quelques jours levée.

La tumeur fut reconnue à l'examen macroscopique comme un *fibrome* et de cette forme que Virchow a nommée *fibrome muqueux* à cause de l'abondance de son contenu muqueux.

L'examen microscopique confirma le diagnostic et démontra dans les faisceaux de fibres une grande abondance de cellules. Cette richesse en cellules et cette importance du tissu fluide riche en albumine expliquent suffisamment l'accroissement relativement rapide.

Billroth fit remarquer qu'il était le premier à avoir ouvert le péritoine dans ce cas.

OBSERVATION LXXX. — *Sarcome de la paroi abdominale. Ablation.*
Guérison, par PÉAN (1).

Nathalis (Henriette), vingt-deux ans, mécanicienne, entre le 9 février 1876, salle Sainte-Marthe, 38, pour une tumeur développée

(1) *Tumeurs abdominales*, 1880 et dans les *Leçons de clinique chirurgicale* de 1875-1876.

dans la paroi abdominale du côté gauche. Les règles sont apparues à douze ans et ont toujours été régulières. Mariée depuis quatre ans, elle a eu trois enfants; le dernier en novembre 1875.

Au mois de juillet dernier, elle vit apparaître sans cause connue, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une tumeur du volume d'un œuf, complètement indolente, même à la pression. Pendant tout le temps de la grossesse, cette tumeur reste stationnaire, mais quelques jours après l'accouchement, c'est-à-dire depuis quatre mois, elle a pris un développement considérable.

Aujourd'hui elle a la forme et le volume d'un œuf d'autruche. A sa surface, la peau est tendue, un peu bosselée, sa coloration est normale, les veines sous-jacentes sont dilatées. Ses limites sont, en haut, une ligne qui partirait de l'épine iliaque antérieure et supérieure, pour aboutir à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic; en bas, le ligament de Fallope; en dedans, la ligne blanche; en dehors, l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le relief est considérable, surtout au centre. Au toucher, la tumeur est peu mobile, plus douloureuse, de consistance fibreuse. La peau, ainsi que la couche graisseuse sous-cutanée qui est épaissie, sont mobiles à sa surface. Il est difficile de déterminer les rapports avec les muscles, le péritoine et la cavité abdominale. On constate, cependant, en plaçant la malade dans diverses positions et en faisant contracter les muscles abdominaux, que dans plusieurs points et plus spécialement à la partie inférieure et externe, ces muscles sont soulevés et comme étalés, durs et adhérents sur les bords: dans d'autres points et surtout du côté interne, on ne les sent pas, mais il semble que la masse morbide, contrairement à ce qui a lieu pour la partie externe, s'enfonce dans la cavité abdominale elle-même. Bien qu'il ne soit pas possible par le palper, en raison de la laxité plus grande des parois à ce niveau, de dire si la tumeur est intra ou extra-péritonéale, nous supposons, en tenant compte des rapports des muscles avec le reste de la tumeur, qu'elle est implantée à la face externe du péritoine dans la presque totalité de son étendue.

Il semble que les connexions avec la fosse iliaque soient plus apparentes que réelles, que la partie profonde se rapproche plutôt du ligament de Fallope et de l'épine iliaque, à laquelle elle est manifestement reliée par un cordon du volume du doigt, épais, résistant, qui se dirige de ce côté.

19 février. — Nous incisons avec le bistouri la peau et les tissus sous-jacents le plus près possible du ligament de Fallope, parallèlement au pli de l'aîne, en ayant soin de dépasser la tumeur à ses deux extrémités pour mieux la mettre à nu. Nous sectionnons ensuite les muscles et nous arrivons sur la capsule qui entoure la tumeur.

Nous en disséquons rapidement la face externe, tandis que sur les bords et à la face profonde nous suivons la capsule ; par places, nous disséquons entre cette capsule et le tissu propre de la tumeur pour ne pas ouvrir involontairement le péritoine : nous agissons avec la même précaution au niveau du prolongement que la tumeur envoie du côté de l'épine iliaque. Nous nous servons de la pince à dent de souris pour disséquer, de celle de Museux pour attirer la tumeur, et de nos pinces ordinaires pour l'hémostase temporaire, pendant le cours de l'opération.

Celle-ci terminée, nous fermons la partie interne de la plaie par six points de suture métallique, et nous laissons libre l'angle externe afin que le pus s'écoule facilement et que les pinces hémostatiques et le tube à drainage qui sert de mèche puissent être aisément enlevés.

Examen microscopique : *sarcome fasciculé*.

Les pinces hémostatiques, supportées elles-mêmes par une éponge, sont laissées en place pendant six heures. La plaie fut pansée avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée et recouverte par un épais bandage ouaté et compressif.

Le jour de l'opération la malade eut un peu de fièvre, la nuit fut assez bonne. Les jours suivants pas de réaction.

T = 37°, P = 80.

Les liquides fournis par la plaie furent peu abondants, et trouvèrent un écoulement facile. Au bout de trois semaines, la cicatrisation était complète, et la malade quittait notre service.

Les *ouvertures laissées à la partie déclive des plaies* sont la meilleure précaution que l'on puisse prendre contre la rétention.

Si l'on veut se contenter de faire du drainage on ne saurait employer de trop gros tubes. L'observation de Brüntzel nous a intéressé comme démonstration de ce fait. Il employa un drain de la grosseur du pouce.

OBSERVATION LXXXI. — *Fibrome de la paroi abdominale* par BRUNTZEL (1).

Madame Pauline Winiecka, âgée de vingt-huit ans, femme d'un boucher de Posen, est d'une famille saine, et chez laquelle on n'a jamais observé de tumeurs. Elle a, jusqu'à présent, joui d'une bonne

(1) *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 15, 1884.

santé, et elle est accouchée deux fois en l'espace de deux ans. Au premier accouchement, présentation de l'épaule, avec procidence d'un bras ; version et extraction d'un enfant mort. Le second accouchement, qui remonte à deux ans, s'est fait spontanément ; il a été suivi d'une légère paramétrite qui du reste a vite disparu. La patiente a toujours été réglée à intervalles réguliers de quatre semaines : les règles sont très abondantes.

Au commencement de cette année, madame Winiecka constata, au côté gauche de son abdomen, la présence d'une tumeur aplatie et indolente, du volume d'un œuf de poule ; cette tumeur grossit peu à peu, sans déterminer aucun malaise. Au mois de juin, elle avait atteint le volume du poing d'un homme adulte : alors, seulement, la patiente commença à éprouver, principalement la nuit, des douleurs pongitives au voisinage de la tumeur, surtout quand elle se couchait sur le côté où siégeait celle-ci.

La malade se présenta à ma polyclinique gynécologique vers la fin du mois d'août ; la tumeur avait alors le volume d'une tête d'enfant. Sa partie supérieure atteignait presque le bord des fausses côtes du côté gauche ; vers la ligne médiane, elle s'arrêtait à un travers de doigt de la ligne blanche. Sa partie inférieure, un peu effilée, descendait à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic, à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La tumeur était partout très consistante, et ne présentait pas de prolongements isolés. On ne parvenait que difficilement à séparer de la tumeur les parois grasses de l'abdomen ; elle était également mobile à droite et à gauche ; cependant, quand on la soulevait en l'attirant vers la droite, elle revenait de suite à gauche. A part les douleurs que j'ai signalées, dans le décubitus dorsal, la patiente, femme robuste et pourvue d'un pannicule adipeux sous-cutané très abondant, n'éprouvait absolument aucun malaise. L'urine ne présentait point d'albumine, elle était excrétée en grande quantité. Les fonctions du cœur et des poumons étaient normales ; l'examen des organes génitaux indiquait une légère rétroversion de l'utérus, qui du reste, pas plus que les ovaires, ne présentait d'adhérences à la tumeur.

En présence d'un pareil état de choses, il était évident que l'issue d'une intervention opératoire ne pouvait être que favorable. Ce ne fut cependant que dans la deuxième moitié d'octobre que la patiente se décida à l'opération. La tumeur avait alors atteint le volume de la tête d'un homme adulte, et ces grandes dimensions occasionnaient divers inconvénients et malaises, aussi bien pendant les mouvements que dans le décubitus dorsal.

L'opération fut pratiquée le 25 octobre dans l'établissement des

Dames diaconesses; j'étais assisté des médecins directeurs de l'établissement, M. le conseiller médical Dr Rehfeld, et M. le Dr Gommel, ainsi que de mes collègues MM. Friedländer, Koch, Kunau, Mäder et Pauly.

Après avoir pris les précautions antiseptiques les plus minutieuses, et la patiente étant soumise à la morphiumchloralchloroformnarcose, je fis une incision un peu à gauche de la ligne blanche, et parallèlement à cette ligne, sur la limite interne de la tumeur; cette incision, longue de 25 centimètres, s'étendait de l'appendice xiphoïde à la partie inférieure de la tumeur.

Je sectionnai le tégument et la couche graisseuse sous-jacente et j'arrivai jusque sur la tumeur, après l'avoir libérée de ses adhérences très étroites avec le feuillet postérieur de la loge du muscle grand droit de l'abdomen. A ce moment se produisit une abondante hémorragie artérielle fournie par les branches musculaires de la mammaire externe et de l'épigastrique, et la ligature de ces vaisseaux exigea un temps assez long. Peu à peu, je finis par dégager le segment inférieur effilé de la tumeur et ses enveloppes latérales, les artérioles musculaires sectionnées continuant à donner du sang en abondance. La consistance de la partie du néoplasme qui regardait le péritoine était telle que les plus fortes pinces de Museux se tordaient en la saisissant, et que je fus obligé de recourir au moyen suivant : j'enfonçai à travers la tumeur une sonde d'acier très solide et munie d'oreilles, et je l'armai d'un double fil très résistant au moyen duquel un assistant la tira en haut, pendant qu'au moyen du scalpel et des ciseaux, je détachai la tumeur du péritoine sous-jacent avec lequel elle avait contracté l'adhérence la plus intime.

Au voisinage de l'ombilic, le péritoine se déchira sur une longueur de 8 centimètres environ. Je fermai immédiatement la déchirure au moyen d'une éponge appropriée, en sorte que toute pénétration du sang dans la cavité péritonéale ouverte devint impossible. Les muscles transverses et obliques de l'abdomen s'étaient également soudés d'une manière très étroite à la capsule de la tumeur, et ils saignaient abondamment à chaque incision. La partie supérieure de la tumeur, partie la plus large et voisine des côtes, donna aussi lieu, vers la fin de l'opération, à quelques difficultés. Je ne voulais point faire d'incision transversale, venant rejoindre l'incision longitudinale à sa partie supérieure; en effet l'incision des couches musculaires épaisses de la région donnerait lieu à une nouvelle et abondante hémorragie, et je n'ignorais pas d'autre part les suites fâcheuses des incisions transversales pratiquées sur les parois de l'abdomen. Je me contentai de prolonger un peu vers le haut ma première incision; et pendant que deux aides armés de crochets

attiraient fortement, en dehors, les deux lèvres de la plaie, je réussis enfin, en tirant fortement sur la tumeur, à l'énucléer de ses attaches profondes.

J'arrêtai soigneusement l'hémorragie des nombreux vaisseaux qui saignaient. La cavité laissée par l'ablation de la tumeur avait bien le volume d'une tête d'homme adulte ; je la désinfectai à fond, et j'enlevai l'éponge de la déchirure du péritoine, que vint aussitôt combler l'épiploon ; j'en suturai les lèvres au moyen du catgut. Enfin, au point le plus déclive de la cavité, à deux doigts à gauche de l'épine iliaque antérieure et supérieure, je fis une ouverture dans laquelle j'introduisis *un drain long de 25 centimètres, de la grosseur du pouce*, et je fixai sa partie supérieure par une suture au catgut, près de l'appendice xiphoïde, au-dessous des téguments. Je réunis les plans musculaires par des sutures profondes et nombreuses, et je fis également de nombreuses sutures superficielles à bouton. Je lavai soigneusement la plaie avec une solution chaude d'acide phénique à 5 p. 100, et j'appliquai enfin un pansement d'ouate iodoformée qui fut maintenu par un bandage en gaze préparée.

L'opération avait duré presque deux heures, en raison des difficultés de la décortication, et de l'hémorragie abondante qui était résultée de la section des nombreuses artérioles musculaires. La tumeur pesait cinq livres, ses dimensions étaient de 26, 18 et 15 centimètres ; sa surface était partout lisse et unie, seulement, au milieu de sa partie antérieure, elle présentait une sorte de sillon onduleux (peut-être l'effet d'une constriction ?). L'examen microscopique démontra qu'elle était de nature exclusivement fibreuse.

La marche de la cicatrisation fut des plus heureuses. La patiente ne souffrit que peu de temps des suites de l'anesthésie ; le deuxième et le troisième jour elle se plaignit d'une sorte de colique, qui se rattachait sûrement aux menstrues qui s'étaient produites huit jours auparavant. La sécrétion abondante, sans hyperthermie, qui se produisait par l'ouverture de la cavité, nécessita un renouvellement quotidien du pansement. Le dixième jour, la plaie étant cicatrisée, j'enlevai les sutures ; au fur et à mesure que la sécrétion diminua, je raccourcis progressivement le tube à drainage, qui fut enlevé finalement, et le 21 novembre la patiente sortit guérie de l'établissement. Elle peut actuellement vaquer à ses occupations habituelles, ses fonctions se font normalement, et son extérieur ne laisse rien à désirer. Les règles ont repris leur cours habituel ; la plaie opératoire a fait place à une cicatrice linéaire ; les téguments, qui avaient été décollés, se sont ressoudés aux parties profondes et ils ne sont en aucun point douloureux au palper. Les mouvements et les efforts de toux ne donnent lieu à aucune douleur.

Les autres complications observées pendant le cours du traitement des plaies succédant à l'opération des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen ont été : l'*érysipèle* (deux fois ; Bouchacourt et Nicaise); la *pourriture d'hôpital* (une fois, Huguier), et des maladies tout à fait *indépendantes* des plaies, telles que *bronchites et pneumonies*.

CHAPITRE X

COMPLICATION TARDIVE DE L'OPÉRATION. ÉVENTRATION.

Le traitement de la plaie musculaire a beaucoup préoccupé les opérateurs, à cause du danger d'*éventration* consécutive à la cicatrisation. Faut-il suturer les parois musculaires, ou au contraire se contenter d'appliquer les lambeaux musculaires l'un sur l'autre?

Deux fois cette question a été soulevée à propos d'observations de Nicaise à la Société de chirurgie en 1878 et en 1885.

A la suite d'une présentation de tumeur fibreuse par Nicaise à la Société de chirurgie en 1878, une discussion s'engagea entre Houel, Lucas Championnière et Nicaise. Nous passons sous silence les réflexions de Houel, qui n'ont pas trait à la question actuelle. Lucas Championnière posa cette question : « M. Nicaise a pu guérir sa malade sans éventration; pourrait-il nous dire s'il a employé une suture particulière? J'ai vu une malade qui fut opérée d'une tumeur fibreuse de la crête iliaque, à la suite de quoi se produisit une éventration qui lui occasionnait plus de gêne que le poids de la tumeur elle-même. »

Nicaise répondit : « J'ai pratiqué une suture exacte avec

des fils d'argent, et je l'ai maintenue avec de petits cylindres de coton appliqués de chaque côté. Il s'est produit à un certain moment une traction des lèvres de la plaie, que j'ai combattue avec une suture sèche composée de bandes collodionnées. J'ai pu ainsi prévenir l'écartement et obtenir une cicatrice linéaire. J'ai cependant pris la précaution de faire porter une ceinture, et aujourd'hui cette femme est complètement guérie. »

Le 24 février 1886, Nicaise fait une deuxième présentation de fibro-sarcome de la paroi abdominale, avec ablation et guérison. La pièce présentée par Nicaise provient d'une femme de vingt-quatre ans qui portait un fibro-sarcome de la paroi abdominale ayant marché assez rapidement.

La tumeur était adhérente à la crête iliaque; elle a pu être décollée des aponévroses qui l'entouraient et du péritoine auquel elle était adossée sans lui adhérer entièrement. Après l'extirpation il restait une plaie fort irrégulière que M. Nicaise a fermée en faisant la suture à étages préconisé par Socin, de Bâle, et qui permet d'espérer qu'il n'y aura pas d'éventration.

La malade est complètement guérie. La réunion par première intention s'est faite dans la plus grande étendue de la plaie.

M. Gillette prend la parole à son tour. Il a enlevé sur une jeune femme de vingt-cinq ans une tumeur analogue, du volume d'une grosse orange, siégeant entre le muscle grand droit et le péritoine, qui n'a pas été intéressé. La guérison a été obtenue en dix-huit jours, sans accidents ni éventration consécutive.

De la lecture des lignes qui précèdent, il semble résulter que la suture a été pour quelque chose dans le succès. En est-il vraiment ainsi? Doit-on rechercher la fermeture de la paroi musculaire par des sutures? nous

ne le croyons pas. Dans plusieurs cas en effet les pertes de substance musculaire non réparées n'ont pas été suivies d'éventration.

Nous ne pouvons tenir compte de toutes les observations de notre travail. Beaucoup n'ont pu être suivies assez longtemps. Mais notre expérience personnelle, qui porte sur *huit personnes ayant été revues longtemps après l'opération*, nous permet d'affirmer que malgré l'absence de sutures musculaires, spéciales ou non, pas un cas d'éventration ne s'est produit.

Pourquoi l'éventration survient-elle? A-t-elle un siège de prédilection? Est-elle consécutive à une étendue déterminée de perte de substance? Ces questions ne peuvent être résolues. Cependant on pourra consulter la statistique suivante, qui réunit les 9 cas d'éventration observés sur le nombre de cas que nous avons étudiés.

	Nom de l'auteur.		Volume du fibrome.	Siège du fibrome.
1.	Dittel	Diastasis....	Poing d'adulte.	Région inguinale.
2.	Ebner	Diastasis....	15 cent. sur 19.	Région ombilicale.
3.	Esmarch	Éventration.	13 cent. sur 19.	Région ombilicale (latérale).
4.	Boye	Éventration.	6 cent. sur 15.	Région ombilicale (latérale).
5.	Gosselin	Éventration.	8 cent. sur 9..	Région inguinale.
6.	Bard	Éventration.	8 cent. sur 8..	Ligne médiane depuis le pubis jusqu'à 3 cent. au-dessous de l'ombilic.
7. 1877.	Sklifossovski.	Éventration.	Moitié droite de la paroi abdominale.	Peau seule pour recouvrir les viscères.
8. 1881.	Sklifossovski.	Éventration.	Moitié gauche de la paroi abdominale antérieure..	
9.	Sänger	Éventration.	13 cent. sur 9, moitié latérale gauche de la paroi abdominale antérieure..	

Il est prudent, avant d'abandonner les malades à elles-mêmes, de les obliger à porter un bandage, c'est une précaution signalée par tous les opérateurs.

Le bandage est également le seul moyen de contenir l'éventration quand elle s'est développée.

OBSERVATION LXXXII. — *Fibrome aponévrotique intrapariétal de la paroi abdominale antérieure, éventration consécutive*, par L. BARD, interne des hôpitaux (1).

Marie Michon, âgée de vingt-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. Fochier. Cette femme, qui habite la campagne, est robuste et présente toutes les apparences d'une bonne santé. Mariée depuis six ans, elle a eu une seule fille, actuellement âgée de cinq ans, bien portante; l'accouchement a été facile et les suites fort simples.

Elle présente une tumeur située dans la région hypogastrique, qui a débuté il y a dix-huit mois environ. Le développement a été lent et régulier sans présenter de rapports avec la menstruation d'ailleurs normale, et sans avoir occasionné de troubles fonctionnels du côté des organes de l'abdomen. Depuis quelques semaines seulement elle sent quelques douleurs irradiées dans le pli de l'aîne et sur la face antérieure de la cuisse, du côté droit.

La tumeur est située sur la ligne médiane, assez exactement symétrique, globuleuse, remontant jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic et débordant la ligne médiane de 4 centimètres environ de chaque côté, un peu plus à droite qu'à gauche. Elle est dure, immobile et paraît adhérente au pubis par la partie inférieure. Non seulement la peau glisse facilement sur elle, mais on constate que les muscles grands droits passent au devant d'elle. Le toucher montre que la tumeur se prolonge derrière la symphyse pubienne, faisant une saillie notable lorsque le doigt déprime la paroi vaginale supérieure.

M. Fochier porte le diagnostic de *fibrome aponévrotique intrapariétal* situé dans la cavité de Retzius entre les muscles grands droits et le péritoine, sans adhérences étendues à cette séreuse. Aussi, en présence de l'accroissement continu de la tumeur et de l'âge de la malade, il se décide à l'extirpation.

L'opération est pratiquée le 29 mai. Après une incision sur la ligne médiane, remontant de l'angle du pubis jusqu'à la limite supérieure

(1) *Lyon médical*, 1877.

de la tumeur, on ouvre la gaine de chaque muscle grand droit, et ceux-ci sont rejetés dans les parties latérales; on constate alors que la tumeur n'est adhérente qu'à leurs tendons d'insertion, où elle paraît avoir pris naissance aussi bien que dans la ligne blanche, de sorte que, à sa partie inférieure, la tumeur présente une large base fixée au pubis sur une grande étendue. Ce développement de la tumeur dans les tendons des grands droits oblige à sectionner les faisceaux musculaires qui par le fait s'insèrent sur la tumeur. La base se prolonge plus loin à droite, et son dégagement nécessite la ligature de l'épigastrique près de sa naissance. L'énucléation se termine facilement après la section du pédicule. Le fond de la plaie est formé par le fascia transversalis entamé sur quelques points et laissant voir la graisse sous-péritonéale. A la partie inférieure le pubis est dénudé sur l'étendue de 3 centimètres environ, quoique *l'origine de la tumeur fût aponévrotique et non périostique*. Un drain est placé circulairement sur les limites de la plaie et la peau réunie par une suture enchevillée, sauf à la partie inférieure de l'incision, qui laisse passer les deux bouts du tube à drainage.

Les suites de l'opération ont été très simples; la température n'a pas dépassé 39°, et dès le quatrième jour descendait au-dessous de 38° et s'établissait normale. Pas de menace de péritonite. La peau se réunit par première intention, et bien que l'ablation un peu hâtive du drain ait amené la production d'un petit abcès qui a réouvert la partie inférieure de l'incision, le tout marcha rapidement vers la guérison, sans autre incident à noter que des envies fréquentes d'uriner dues à la gêne apportée à la distension de la vessie, et qui d'ailleurs cessent avant le départ de la malade, pour faire place à une miction normale.

L'éventration qui résulte de l'opération oblige la malade à porter un bandage adapté à une ceinture abdominale. Il contient bien les viscères et est très facilement supporté par l'opérée au bout de quelques jours. Celle-ci quitte l'hôpital à la fin de juin.

CHAPITRE XI

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OPÉRATION.

Cette question n'a jamais été traitée à fond par aucun des auteurs qui nous ont précédé. Mais par la lecture de leurs observations et de leurs écrits on peut juger quelle était leur appréciation sur ce sujet.

Avant la période antiseptique on peut dire que les chirurgiens n'auraient pas trouvé d'indication d'opérer, si les malades ne les avait suppliés, à plusieurs reprises, de les débarrasser de leur tumeur. Tous les opérateurs ont soin de noter dans leurs observations qu'ils ont cédé à l'insistance de leur patient.

Les contre-indications étaient multiples. On trouvait des raisons différentes pour n'opérer ni les grosses ni les petites tumeurs.

D'une part se trouvaient les contre-indications tirées des rapports que les tumeurs pouvaient avoir avec le péritoine. L'adhérence de la séreuse menaçait l'opérateur d'une complication de péritonite, l'ouverture de la cavité abdominale étant probable. Aussi s'efforçait-on de prévoir cette adhérence si importante, et l'intervention était réglée sur le résultat de ces recherches. En réalité ce diagnostic était impossible et les opérateurs marchaient à l'aventure malgré leurs précautions. On conçoit que le gros volume de la tumeur exposait presque sûre-

ment à une adhérence péritonéale, aussi l'extirpation des grosses tumeurs paraissait-elle contre-indiquée.

D'autre part on trouvait également des contre-indications pour les petites tumeurs. Ainsi Nélaton disait : « Il est des cas où il ne faut pas enlever ; si la tumeur n'est pas très volumineuse, si elle n'est pas très gênante et douloureuse, il vaut mieux attendre et ne pas opérer. Il n'y a pas de péril en la demeure, et la maladie peut d'ailleurs rester à l'état stationnaire. Il n'en est plus de même si la tumeur devient douloureuse. Si elle s'accroît avec rapidité et si la malade insiste beaucoup pour en être débarrassée, il faut opérer. »

C'est dans ces conditions que Nélaton refusa l'opération 13 fois, Huguier, Michon, Verneuil et Broca chacun 4 fois. Le chirurgien danois Buntzen nous apprend qu'il a également refusé plusieurs fois d'opérer, et ne donne pas de chiffres précis.

Après que les étonnants résultats de la méthode antiseptique furent connus, quand la crainte d'ouvrir le péritoine fut absolument disparue, il se produisit une réaction : toutes les contre-indications furent supprimées. Toutes les opérations furent tentées. Ni la grosseur ni la petitesse des tumeurs n'arrêtèrent ; les plus volumineuses furent enlevées. Les uns réséquèrent le péritoine comme Sklifosowski, les autres le conservèrent, comme Labbé, le succès fut le même. D'un autre côté les petites tumeurs furent extirpées et Ledentu, contrairement à Nélaton, vint à la Société de chirurgie, dire qu'il fallait opérer les fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen, dès leur début.

Nous recommandons l'opération *prompte* quel que soit le volume du fibrome.

La tumeur est-elle *petite*, voici pourquoi nous sommes pressés de l'opérer. Il est certain que nous ne pouvons pas compter sur la persistance indéfinie de son état stationnaire. Il arrivera, certainement, un moment où elle se développera rapidement. L'opération devra donc être faite tôt ou tard.

Le danger de ces opérations réside dans la péritonite, la rétention des liquides et dans l'éventration. Si l'on opère de bonne heure, la plaie sera petite ; peut-être le péritoine sera-t-il intact ; sûrement la perte de substance des muscles sera minime. Avec les précautions antiseptiques, la péritonite n'est plus à craindre. Avec un bon drainage et une ouverture de sûreté, la rétention est évitée. La guérison est donc rapide. L'éventration n'aura pas lieu.

On peut dire que l'extirpation des petites tumeurs n'est pas une opération d'*urgence*, mais c'est sûrement une opération de *prévoyance*.

La tumeur est-elle *grosse*, il y a *urgence*. Il est certain que le danger croîtra avec le volume. Nous savons que l'accroissement de la tumeur est quelquefois si rapide qu'il faut éviter toute perte de temps. Le gros volume de la tumeur ne doit pas nous faire reculer, car il est souvent possible de conserver le péritoine, et malgré la perte de substance des muscles, l'éventration est rare. S'il faut ouvrir le péritoine, on peut rendre cette blessure inoffensive. Ne devrait-il rester que la peau pour recouvrir les intestins, il faut encore opérer, car la guérison a lieu même dans ce cas ; seulement la vie est conservée au prix d'une infirmité.

Attendre, pour opérer, que la tumeur soit *très grosse*, c'est s'exposer aux accidents d'une longue chloroformi-

sation, aux pertes de sang abondantes, au choc opératoire, à une terminaison précipitée de l'opération. Il suffit de relever les observations pour voir quels dangers offre cette hâte de terminer l'extirpation (péritoine ouvert, péritoine réséqué trop largement, etc). C'est pour cette raison que nous conseillons d'opérer sans délai.

Mais l'accord n'est pas parfait en France. Deux jeunes docteurs, Guerrier en 1885 et Damalix en 1886, ont repris les idées de Nélaton et déclaré que l'opération des petites tumeurs était dangereuse et qu'il fallait attendre, pour intervenir, qu'on y soit forcé.

Ils s'appuient sur des observations recueillies dans le service de leurs maîtres. Le premier a vu un cas de mort chez Verneuil et un autre chez Trélat. Le second a recueilli deux cas de mort chez Trélat.

Nous citons les principaux arguments donnés par Damalix dans sa thèse.

« Des faits, dit-il, sont venus s'ajouter qui sont de nature non pas à modifier d'une façon absolue les opinions qui ont cours habituellement sur ce point de thérapeutique chirurgicale, mais tout au moins à apporter certaines restrictions aux conclusions très optimistes et peut-être trop hardies qui ont été formulées au sujet des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale. Quelle que soit, en effet, la tolérance du péritoine, on ne saurait méconnaître qu'il existe des cas où, malgré l'habileté des opérateurs, malgré les soins qu'ils apportent dans l'exécution des précautions antiseptiques, toutes les prévisions ont été déçues par des accidents que rien ne pouvait faire prévoir et qui surprendront d'autant plus que, depuis un certain temps déjà, on est habitué à considérer le péritoine comme un facteur d'une importance restreinte dans les

opérations pratiquées, journellement, sur les organes de la cavité pelvienne. »

Aux pages 24 et 25 (article Traitement), il revient sur cette idée et dit : « Dans les tumeurs fibreuses petites, douloureuses il y aurait témérité à pratiquer l'extirpation radicale, mieux vaut attendre que s'exposer à des reproches non mérités. »

Enfin dans ses conclusions, il insiste de nouveau :

« Si le fibrome est de petit volume, non douloureux, sans phénomènes fonctionnels, il est prudent de s'abstenir de toute intervention.

« Dans les cas contraires on aura recours à l'ablation complète et radicale de la tumeur. »

En résumé il conseille de n'intervenir qu'à toute extrémité et lorsque la tumeur traduit sa présence par des phénomènes douloureux plus ou moins graves, quand par son volume elle gêne les fonctions intestinales et quand elle peut, par ses poussées successives et son développement rapide, éveiller l'idée d'une transformation sarcomateuse.

Il est en effet des cas où le fibrome reste stationnaire et ne traduit sa présence par aucun symptôme, où, sauf quelques douleurs au moment des règles, il n'y a aucune gêne dans les autres fonctions. Nous pourrions citer un certain nombre d'exemples où les malades, non opérées du reste, étaient en possession de leurs tumeurs depuis dix et même quatorze années, et l'on trouvera dans nos observations quelques-uns de ces exemples. On peut se demander alors si, dans ces cas, il n'est pas préférable de rester dans l'attente, de surveiller la marche de l'évolution de ces tumeurs *si peu incommodes* plutôt que d'exposer les malades aux dangers des accidents terribles de la péritonite.

Avant de nous prononcer, analysons les cas qui servent

de base au raisonnement de Guerrier et de Damalix.

Est-ce l'opération elle-même qui a été dangereuse ? non, le péritoine n'a jamais été découvert ; l'opération a été facile, courte ; il n'y a pas eu de perte de sang, pas de choc opératoire ; le pansement a été fait suivant les règles antiseptiques. Aucun de ces malades n'est mort d'une péritonite traumatique succédant immédiatement à l'opération. Il s'est toujours écoulé deux ou trois jours avant que les accidents n'éclatent. Dans le cas de Verneuil on observe une rétention de sang qu'il faut faire écouler par la pression, et le troisième jour survient une péritonite suraiguë. Chez les malades de Trélat : dans un cas, le troisième jour, des accidents abdominaux se montrent, et le malade meurt de péritonite le septième après l'opération. Dans un autre cas les accidents de rétention se montrent au deuxième jour : langue saburrale, soif vive, élévation du pouls. Cet état persiste deux jours et, le cinquième après l'opération, la péritonite survient. Comparez cette marche des symptômes à ce que nous avons décrit sous le nom de rétention, et vous trouverez une ressemblance exacte.

De semblables cas de mort ne prouvent pas qu'il ne faut pas opérer, mais qu'il faut prendre des précautions pour s'opposer à la rétention.

Existe-t-il des contre-indications tirées de l'état général des malades ? nous ne le pensons pas. L'apparence d'un état cachetique n'a pas arrêté les opérateurs, et l'urgence a souvent déterminé à passer outre, malgré des conditions qui semblaient contre-indiquer toute intervention ; ainsi Péan a opéré malgré une grossesse : la malade a guéri et est accouchée sans accidents.

CHAPITRE XII

DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE COMPARÉE AUX ANCIENNES MÉTHODES DE PANSEMENT, DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN.

La statistique des opérations faites avec les précautions antiseptiques n'est pas, il faut l'avouer, beaucoup meilleure que celle des opérations non antiseptiques.

A la période non antiseptique, il est certain que l'ouverture du péritoine n'a pas eu, toujours, des suites fâcheuses.

Il y a eu 7 guérisons, sur un total de 12 blessures. Il est certain qu'à cette époque on a opéré, avec succès, de grosses tumeurs. Tels sont les cas de Limauge, Langenbeck, Santesson, Esmarch, Laroyenne, Baker-Brown, Billroth, Péan, Labbé, dans lesquels le fibrome dépassait le volume d'une tête de fœtus et atteignait quelquefois celui d'une tête d'homme.

Cela prouve que, dans un cas donné, on pourrait espérer la guérison par des pansements à l'alcool, la glycérine, etc., mais cela ne peut nous empêcher de préconiser, comme absolument préférable, le pansement antiseptique.

Depuis l'emploi de la méthode antiseptique, il n'y a eu que 7 cas de mort sur 26 ouvertures du péritoine.

On a pu faire des résections étendues de la séreuse sans provoquer la péritonite.

Sur 7 cas de mort ayant succédé à l'ouverture du péritoine, aucun ne peut être attribué à la péritonite simple suppurée. L'un est dû à l'hémorrhagie seulement, les deux autres à l'hémorrhagie et à la péritonite.

Les précautions antiseptiques commenceront avant l'opération et s'adresseront à la malade et au lieu qu'elle habite. L'opération sera faite, en un mot, avec les précautions les plus minutieuses de la méthode antiseptique.

TABLE

PAR ORDRE DE PUBLICATION

DES

CAS DE FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

RELATÉS DANS CE TRAVAIL (1)

Date de la publication.		Numéro de la page.	Numéro de l'observation.
1850 (janvier).	Sappey.....	3	I
1850 (février).	Limaugé.....	5	II
1850.....	Langenbeck.....	7	III
1850.....	—.....	9	IV
1851.....	Bouchacourt.....	12	V
1852.....	Santesson (deux cas dans une seule observation).....	16	VI
1856.....	Paget.....	20	VII
1856.....	Langenbeck.....	21	VIII
1856.....	Herzfelder.....	91	XVII
1860.....	Bodin, Gosselin.....	30	IX
1860.....	— Huguier.....	33	X
1860.....	— —.....	36	XI
1860.....	— —.....	38	XIII
1860.....	— —.....	39	XIV
1860.....	— Gubler.....	38	XII
1860.....	Verneuil.....	26	
1860.....	Michon (3 cas).....	27	
1862.....	Nélaton (3 cas).....	42	XV
1864.....	Chairou.....	134	XXX
1865.....	Cornils, Esmarch.....	93	XVIII
1865.....	Esmarch.....	245	LIX

(1) Les dates indiquées ici se trouvent en désaccord avec les dates inscrites dans quelques tableaux où nous avons donné l'année de l'opération et non celle de la publication.

Date de la publication.		Numéro de la page.	Numéro de l'observation.
1865.....	Esmarch.....	288	LXV
1865.....	Dittel.....	166	XXXVI
1868.....	Buntzen.....	304	LXIX
1868.....	—.....	307	LXX
1868.....	Sydow.....	220	LIV
1869.....	Laroyenne.....	228	LV
1870.....	Baker Brown.....	303	LXXI
1870.....	Hulke.....	214	LI
1873.....	Billroth.....	331	LXXIX
1873.....	Boye	292	LXVII
1873.....	—.....	329	LXXVIII
1874.....	Billroth.....	310	LXXII
1875.	<i>Suadicani</i> , Esmarch .. .	248	LXI
1876.....	Richet.....	218	LIII
1876.....	Broca.....	168	XXXVII
1876.....	Scéparowicz.	250	LXII
1876.....	Péan.....	236	LVII
1876.....	—.....	334	LXXX
1877.....	Bard.....	344	LXXXII
1877.....	Sklifossovski.....	252	LXIII
1878.	Nicaise.....	119	XXV
1878.....	Letailleur.....	95	XX
1878.....	Péan.....	209	XLVIII
1878.....	Thomas.....	208	XLVII
1879... ..	<i>Spiegelberg</i> , Grätzer.....	315	LXXIII
1880.....	C. Williams.....	96	XXI
1880.....	Rokitansky.....	126	XXVII
1880.....	Hanks.....	206	XLVI
1880.. . . .	<i>Ebner</i> , Rzehaczek.....	97	XXII
1881.....	<i>Gauchas</i> , Verneuil.....	321	LXXIV
1882.....	Sklifossovski.....	265	LXIV
1883.....	Weinlechner.....	294	LXVIII
1883.....	Volkmann.....	94	XIX
1883.....	—.....	125	XXVI
1883.....	—.....	235	LVI
1883.....	—.....	247	LX
1883.....	<i>Guerrier</i> , Trélat.....	324	LXXV
1884.....	Büntzel.....	336	LXXX
1884.....	Sänger.....	150	XXXIV
1884.....	—.....	215	LII
1884.....	—.....	276	LXIV
1885.....	Terrillon.....	238	LVIII
1886.....	Tillaux.....	134	XXIX
1886.....	<i>Damaliæ</i> , Trélat.....	326	LXXV
1886.....	Terrillon	136	XXXI

Date de la publication.		Numéro de la page.	Numéro de l'observation.
1886.....	D. Mollière	130	XXVIII
1886.....	Duchaussoy.....	151	XXXV
1886.....	Brun.....	143	XXXIII
1886.....	Péan.....	210	XLIX
1886.....	Nicaise.....	138	XXXII
1888.....	Gross	213	L
1888.....	Labbé.....	100	XXIII
1888.....	—	118	XXIV
1888.....	—	194	XL
1888.....	—	196	XLI
1888.....	—	196	XLII
1888.....	—	198	XLIII
1888.....	—	200	XLIV
1888.....	—	202	XLV
1888.....	—	290	LXVI
1888.....	—	326	LXXVII
1888.....	<i>Statistique de Billroth (14 cas)....</i>	74	
1888.....	Lucas Championnière.....	341	
1888.....	Gillette.....	342	
1888... ..	Cas observé par Remy chez Tillaux.	106	

On trouvera en outre deux observations que nous n'avons pu nous procurer dans : *Boston medical and surgical Journal* :

1° R.-M. HODGES, *Tumor of abdominal parietes excised*, 1868, t. I, p. 231.

2° DRAPER, F.-W., *Fibrous tumor of the abdominal parietes. Excision*. 1869, t. II, p. 23.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.....	1-75
<i>Première période.</i> — Observations isolées de Sappey, Limauge, Langenbeck, Bouchacourt, Santesson, Paget, Herzfelder.....	7
<i>Deuxième période.</i> — Les travaux d'ensemble. — La communication de Huguier à la Société de chirurgie et sa critique. — La question du pédicule.....	22
La thèse de Bodin.....	29
La leçon de Nélaton.....	41
A l'étranger la question du pédicule n'existe pas. — La thèse de Cornils, les mémoires de Buntzen, de Boye....	46
Travail de Guyon. — Thèse de Suadicanì et de Salefses.....	55
Hardiesses opératoires. — Sklifossovski et Sãnger.....	60
Thèse de Grãtzer. — Livre de Péan.....	61
La théorie étiologique de Herzog.....	68
Thèses de Guerrier et Damalix. — Observations de Bũntzel, Nicaise, Terrillon.....	69

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE.....	75-102
Fréquence.....	75
Influence du sexe.....	77
Influence de la grossesse. — Influence des traumatismes.....	78
Théorie des ruptures musculaires; observations à l'appui.....	91

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	102-153
Nombre. — Siège topographique..	102
Siège anatomique.....	103
Volume. — Conformation intérieure.....	106
Sur l'existence du pédicule.....	108
Encapsulement.....	113
Texture.....	115
Observations à l'appui.....	125

CHAPITRE IV

SYMPTÔMES	153-161
Tumeur de moyen volume.....	155
Immobilisation	157
Tumeur de gros volume.....	158

CHAPITRE V

MARCHE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC.....	161-172
Deux périodes dans l'évolution.....	161
Comparaison du volume et de la durée de la tumeur.....	165
Pronostic.....	171

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC.....	173-216
Histoire des moyens de diagnostic.....	173
Du diagnostic des adhérences de la tumeur avec le péritoine....	180
Statistique des cas de blessure du péritoine, par suite d'adhérence de la tumeur à la séreuse.....	181
La tumeur siège-t-elle dans la paroi ou dans la cavité de l'ab- domen?.....	181
De quelle nature est la tumeur?.....	191
Difficultés du diagnostic.....	186-189-193
Observations démontrant l'importance de la recherche de l'immo- bilité de la tumeur pendant la contraction des parois abdomi- nales pour le diagnostic des tumeurs des parois antérieures de l'abdomen.....	194
Diagnostic pendant la grossesse.....	204
Observations de diagnostic discuté.....	205
De l'hystéromètre; du chloroforme appliqués au diagnostic.....	214

CHAPITRE VII

HISTORIQUE DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT.....	216-231
Section sous-cutanée du pédicule.....	217
Ligature sous-cutanée du pédicule..	217
Injectons interstitielles.....	219
Extirpation incomplète.....	227

CHAPITRE VIII

DE L'EXTIRPATION. — SES DIFFICULTÉS, SES COMPLICATIONS OPÉRATOIRES.	231-240
Dissection des couches lamelleuses de la tumeur..	231
Adhérence avec le péritoine.....	233
Observations de morcellement.....	237

CHAPITRE IX

DU TRAITEMENT DES PLAIES SUCCÉDANT A L'EXTIRPATION.....	240-286
Plaies sans perte de substance étendue.	241
Plaies avec perte de substance étendue.....	242
Tableau des morts, avec la cause et la dimension de la tumeur..	245
Documents pour l'histoire de la résection du péritoine. Observa- tions et mémoires.....	248
Observation d'Esmarch.....	248
Observation de Scéparowicz.....	250
Sklifossovski. — Des blessures du péritoine.....	251
Sklifossovski. — Peut-on, chez l'homme, pratiquer l'ablation de la sangle musculaire préabdominale?.....	261
Sklifossovski. — Matériaux pour servir à l'histoire de la chirurgie de la cavité abdominale.....	268
Sänger. — Sur les tumeurs desmoïdes de la paroi abdominale, et leur opération avec résection du péritoine pariétal.....	275
Critiques.....	284
Tableau des grosses tumeurs enlevées sans résection.....	284

CHAPITRE IX *bis*.

COMPLICATIONS IMMÉDIATES DE L'OPÉRATION.....	286-341
Péritonite.....	286
Tableau des cas de mort par péritonite.....	287
Accidents dus à la rétention des liquides septiques.....	297
Tableau des cas de rétention.....	304

CHAPITRE X

COMPLICATION TARDIVE DE L'OPÉRATION. — ÉVENTRATION.....	341-346
Tableau des cas d'éventration.....	343

CHAPITRE XI

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OPÉRATION.....	346-352
---	---------

CHAPITRE XII

DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE COMPARÉE AUX ANCIENNES MÉTHODES, etc.	352
TABLE DES OBSERVATIONS.....	354
TABLE DES MATIÈRES.....	357

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.



NOTE ADDITIONNELLE

Depuis que nous avons terminé le chapitre historique de ce travail, un petit nombre de nouvelles publications sont venues à notre connaissance.

Nous ne faisons qu'en indiquer le titre, celles que nous avons pu nous procurer n'étant pas de nature à modifier nos opinions au sujet des fibromes de la paroi abdominale antérieure.

Tumeur inguinale d'un diagnostic difficile. LEROY, *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1885.

Sarcome rétro-péritonéal à cellules fusiformes. OSLER, *Med. News*, 6 mars 1886.

Fibro-sarcome de la paroi abdominale. Extirpation, guérison. HOROCH, *Soc. des médecins de Vienne*, 4 juin 1886.

Fibro-sarcome sous-péritonéal de la paroi abdominale inséré au voisinage de l'ombilic. MONTIELS, *Bull. Soc. chirurgie*, 23 février 1887.

Ablation d'un sarcome de la paroi abdominale antérieure. Guérison. HOWARD A. KELLY, *J. of American med. Assoc.* 1887.

Fibrome de la paroi abdominale. LEBEC, *Gazette des hôpitaux*, 1888.

ERRATUM

Page 59, lignes 24 et 25, supprimer les mots : *enfin persistance de la tumeur.*

FIN.



