

Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond : (fibromes et fibro-myômes du ligament rond) / par le Dr Duplay.

Contributors

Duplay, Simon Emmanuel, 1836-1920.
Doran, Alban H. G. 1849-1927
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

[Paris] : [publisher not identified], 1882.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/k22fjef9>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. 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**

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

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE

MARS 1882.

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DU LIGAMENT ROND

(Fibromes et fibro-myômes du ligament rond),

Par le Dr DUPLAY.

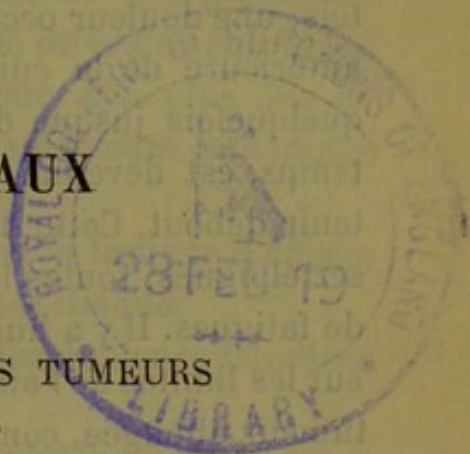
I.

L'histoire des tumeurs du ligament rond est entièrement à faire. C'est en vain que l'on chercherait soit dans les traités généraux de chirurgie, soit dans les ouvrages de gynécologie, un article spécial consacré à leur étude.

Cette absence complète de travaux d'ensemble sur le sujet qui nous occupe s'explique, sans doute, par l'extrême rareté de ces tumeurs; car des recherches assez laborieuses, faites dans la littérature médicale française et étrangère, ne nous ont pas permis de recueillir plus de 5 observations se rapportant à des néoplasmes bien avérés du ligament rond.

Dans tous ces faits, le point de départ de la néoplasie a été reconnu soit pendant l'opération, soit à l'autopsie. J'ai eu tout récemment la bonne fortune d'observer un sixième fait de tumeur du ligament rond, dont je n'ai, pas plus que mes devanciers, reconnu avant l'opération la véritable origine. Je rapporterai tout d'abord cette observation.

21



OBSERVATION I. -- Marie G..., âgée de 52 ans, cuisinière, entre, le 7 mai 1881, dans mon service, à l'hôpital Lariboisière. La malade a toujours joui d'une excellente santé; elle a eu à 26 ans un accouchement qui n'a laissé aucune suite fâcheuse; elle n'a jamais présenté de trace de hernie.

Il y a dix-huit mois environ, elle ressentit, pour la première fois, une douleur occupant l'aîne droite, descendant sur la face antérieure de la cuisse, le côté interne du genou, s'étendant quelquefois jusque dans la jambe, et qui, dans ces derniers temps, est devenue parfois assez vive pour l'empêcher de se tenir debout. Cette douleur revenait d'ailleurs à intervalles assez éloignés, toutes les semaines environ, et surtout à la suite de fatigues. Il y a huit mois, la malade s'aperçut de l'existence, sur les limites de l'aîne et de la grande lèvre droite, d'une petite tumeur allongée, comparable au petit doigt pour la forme et le volume, tumeur absolument indolente, mobile dans tous les sens, ne subissant ni augmentation ni diminution sous l'influence de la toux et des efforts, mais paraissant prendre quelquefois vers le soir un léger accroissement de volume.

Cette tumeur, qui n'a jamais présenté d'apparence de réduction, a grossi assez rapidement, en remontant surtout du côté de l'aîne, et descendant un peu vers la grande lèvre.

Elle présente actuellement le volume d'un œuf d'autruche de dimensions moyennes; elle est de forme régulière, ovoïde, et sa direction suit celle du pli inguinal. L'extrémité supérieure de son grand diamètre atteint l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre extrémité répondant à la partie supérieure de la grande lèvre. Elle déborde le pli de l'aîne par en bas, et remonte jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures.

La longueur du grand axe est de 30 centimètres, celle du petit de 20 centimètres, à la partie moyenne de la tumeur et en suivant dans les deux mensurations le contour de cette dernière. La peau est saine, mobile sur la tumeur, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. Les veines sous-cutanées sont légèrement développées.

La consistance est charnue, avec un ou deux points plus ré-

sistants. Vers la grande lèvre, le tissu est plus dur et comme fibreux. En aucun point, on ne perçoit de fluctuation. La tumeur est, dans toute son étendue, mate à la percussion; elle est absolument irréductible et nullement influencée par la toux et les efforts. Quoique très mobile dans le sens de son grand et de son petit axe, elle adhère profondément un peu au-dessus du ligament de Fallope, et il est impossible de la détacher complètement de l'aponévrose du grand oblique, non plus que de l'orifice externe du canal inguinal. Il n'existe aucune adhérence du côté de la grande lèvre.

Rien du côté droit du vagin, avec lequel la tumeur n'affecte du reste aucune relation; rien dans la fosse iliaque.

La tumeur est absolument indolente; les douleurs irradiées persistent comme auparavant.

Depuis sept mois, la malade n'est plus réglée; la santé générale est d'ailleurs excellente; les fonctions digestives s'accomplissent à merveille; dans ces derniers temps, la malade a même engraisé.

Le diagnostic porté est celui de *sarcome des ganglions inguinaux*.

Opération le 13 mai 1881, sous le chloroforme. Incision suivant le grand axe de la tumeur. Au lieu d'énucléer celle-ci d'un seul coup, ce qui serait facile, je dissèque avec soin l'atmosphère celluleuse très lâche qui entoure la tumeur, et je l'enlève en même temps que cette dernière. Il n'existe d'adhérences solides qu'au niveau de l'orifice inguinal externe, à travers lequel la tumeur se continue par une sorte de pédicule, à peine gros comme le petit doigt et d'apparence fibreuse. Le pédicule ayant été sectionné au devant d'une pince, on s'assure de nouveau qu'il sort bien de l'orifice externe du canal inguinal, et, comme il semble un peu infiltré, altéré, on en résèque une portion aussi longue que possible, 1 centimètre 1/2 environ, et on lie en masse.

Réunion exacte des lèvres de la plaie, après application d'un drain qui la traverse dans toute sa longueur.

Pansément phéniqué ordinaire.

23 mai. La plaie est réunie sur toute son étendue, sauf en un

point situé à la partie inférieure, où la suppuration est minime, et où on laisse un petit drain.

Le 28. La malade accuse depuis hier, à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, une douleur assez vive, accompagnée d'élançements. On trouve au niveau du triangle de Scarpa un léger empâtement. Pas d'œdème du membre inférieur, pas de fièvre, perte de l'appétit.

Le 30. Œdème marqué du membre inférieur droit.

2 juin. L'œdème a encore augmenté. Il s'accompagne aujourd'hui d'une douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 4. La plaie est entièrement cicatrisée.

A partir du 14 juin, le gonflement va en diminuant, et dès la fin du mois la guérison peut être considérée comme complète.

10 juillet. La malade quitte l'hôpital en parfait état de santé. Il n'y a aucune apparence de récidence et la phlegmatia alba dolens n'a laissé d'autres traces qu'un léger développement variqueux des veines superficielles du membre inférieur correspondant.

Examen de la tumeur pratiqué au laboratoire du Collège de France par M. Malassez. — Cette tumeur de forme ellipsoïde, du volume des deux poings, complètement enveloppée et isolée par une capsule cellulo-fibreuse, présente une surface extérieure lisse, avec un pédicule du volume d'un très gros tuyau de plume.

A la coupe, qui rappelle exactement celle d'une tumeur kystique du testicule, le tissu se déchire d'une façon réticulée, il est d'aspect fibreux, avec un grand nombre de petites cavités, contenant un liquide séreux citrin assez abondant. Beaucoup de ces petites loges communiquent entre elles, et donnent à l'ensemble du tissu un aspect myxomateux. En détachant l'enveloppe adventice, on voit partir du voisinage du pédicule, et s'étendre à la surface de la tumeur, des faisceaux ayant l'aspect de fibres musculaires lisses, irradiant vers la périphérie, et présentant des anastomoses transversales, ce qui donne à la surface de la tumeur un aspect réticulé. Il existe des faisceaux qui ne partent pas du pédicule, mais passent en sautoir à son voisinage.

Tous ces faisceaux périphériques pénètrent la tumeur par des faisceaux secondaires qui s'en détachent, et viennent former la trame fibreuse.

Le pédicule est constitué histologiquement par un tissu fibreux entre les éléments duquel on voit çà et là un tissu conjonctif lâche, contenant en certains endroits des lobules adipeux. Au milieu de ce tissu cellulo-fibreux on trouve des groupes de gros vaisseaux remarquables par leur riche musculature; çà et là existent quelques troncs nerveux; on distingue également des faisceaux de fibres musculaires lisses. Dans le tissu conjonctif, on rencontre de petits vaisseaux, remarquables par leur disposition en spirale. Sur les coupes perpendiculaires à la surface de la tumeur, et passant par l'expansion du pédicule, là où l'on trouve ces gros faisceaux charnus et disposés en sautoir, on voit que ceux-ci sont constitués par des fibres musculaires lisses, contenant des vaisseaux, et sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif lâche. Les coupes passant par les parties de la tumeur qui sont d'apparence charnue montrent que le tissu est encore composé de faisceaux de fibres musculaires lisses s'entrecroisant en divers sens, et séparés les uns des autres par du tissu fibreux.

Sur les coupes passant par les points où il y a des cavités d'apparence muqueuse, le tissu de la tumeur paraît encore constitué par du tissu conjonctif et des faisceaux de fibres musculaires lisses, seulement dans ces points les faisceaux musculaires lisses sont en général plus dissociés, plus petits, et le tissu conjonctif qui les sépare est un tissu conjonctif très lâche, au milieu duquel on distingue des cavités plus ou moins volumineuses. Quelques-unes de ces cavités présentent à leur intérieur une sorte de réticulum lymphoïde. L'imprégnation de nitrate d'argent ne montre pas d'épithélium continu à la surface de ces cavités; on y voit seulement des cellules conjonctives, et des fibres musculaires lisses. Ce ne sont donc pas des cavités lymphatiques à proprement parler, mais seulement des espaces conjonctifs. Ces espaces contiennent un liquide renfermant des globules blancs, se coagulant spontanément, et montrant alors un délicat réseau fibrineux.

En quelques points, ce tissu interstitiel prend tout à fait les caractères du tissu myxomateux.

En résumé, il s'agit ici d'une tumeur ayant tous les caractères du fibro-myôme, dont le point de départ n'est autre que le ligament rond, et dont la structure est analogue à celle des myômes utérins.

Dans les deux faits qui suivent et qui sont plutôt mentionnés que décrits dans le *British medical Journal* du 4 novembre 1865, il s'agit de deux tumeurs fibreuses du ligament rond, présentées à la Société pathologique de Londres, par Spencer Wells, le 17 novembre 1865.

Obs. II. — L'une de ces tumeurs présente le volume d'une grosse orange, et a été extirpée il y a un an environ. Elle a été prise par différents chirurgiens pour une hernie ou pour une tumeur glandulaire, enfin pour une tumeur de mauvaise nature. Mais cette tumeur était indolente, mobile, ayant augmenté lentement; les parties voisines étaient restées absolument intactes. L'extirpation fut faite avec un plein succès.

Obs. III. — Dans le second cas, la tumeur présentait le volume d'une petite noix de coco et ressemblait absolument à la précédente. Extirpation également suivie de guérison.

On retrouve dans le premier de ces deux faits quelques-uns des caractères signalés dans notre observation : l'indolence de la tumeur, la lenteur de son développement, sa mobilité, l'intégrité des parties avoisinantes.

Le diagnostic erroné de tumeur ganglionnaire porté dans le premier de ces deux faits porte à penser qu'il s'agissait également ici de tumeurs du ligament rond développées à l'aîne.

Les deux observations suivantes, que nous trouvons rapportées dans l'intéressante thèse du D^r Aumoine (1), se rapportent à des tumeurs du ligament rond siégeant dans l'épaisseur d'une grande lèvre.

(1) Aumoine. Des tumeurs solides des grandes lèvres. Thèse de Paris, 1876.

La première est de Paletta.

Obs. IV. — *Tumeur située à la partie supérieure de la grande lèvre gauche du volume du poing.* — L'épaisseur de ses parois ne permet point de juger si son contenu était de nature liquide ou solide; toutefois la percussion donne la sensation de l'existence d'un fluide. Incision suivant la longueur; issue d'une quantité abondante de sérosité limpide. La face interne de la cavité est tapissée par une membrane épaisse qu'il fut aisé d'isoler des parties environnantes, et qu'on coupa au voisinage de l'anneau inguinal. Là, l'instrument rencontra un petit corps dur dont la section causa beaucoup de douleur à la malade. L'incision partielle de ce renflement ligamenteux permit de distinguer l'anneau inguinal dans lequel on pouvait introduire l'extrémité du doigt, et fit reconnaître que ce corps dur n'était pas autre chose que la partie restante du ligament rond. Après quelques accidents locaux et généraux, la guérison est survenue.

La seconde observation a été recueillie dans le service du professeur Verneuil. Elle est particulièrement intéressante et mérite d'être reproduite textuellement.

Obs. V. — Mme M..., âgée de 26 ans, entre au commencement de février dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Augustin, n° 15. Cette malade, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Elle a eu un enfant pour la première fois il y a trois ans; l'accouchement a été laborieux. C'est six mois après qu'elle s'est aperçue qu'elle portait dans la région inguinale droite une petite tumeur qui avait alors le volume d'une noisette. Cette tumeur a augmenté peu à peu et est devenue douloureuse. Elle a acquis lentement le volume d'une noix qu'elle n'a pas dépassé depuis environ six mois.

Aujourd'hui on lui trouve les caractères suivants : elle siège à la partie supérieure de la grande lèvre droite, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal; elle est mobile sous la peau, aplatie, bosselée, très dure, irréductible. Elle a toujours eu ces caractères, au dire de la malade. La toux n'y détermine aucun changement apparent; pas de battement ni d'expansion dans l'effort; la peau a conservé sa coloration normale, pas d'inflammation.

De temps en temps la malade y sentait des picotements, quelquefois des élancements. A chaque époque menstruelle elle éprouvait

des douleurs assez vives. L'exacerbation de ces douleurs à chaque époque était relativement considérable.

Il y a deux mois, l'aggravation de ces douleurs par la marche et la fatigue amène cette malade à l'hôpital. Quelle est la nature de cette tumeur?

On ne trouve nulle part d'hypertrophie ganglionnaire, pas de diathèse scrofuleuse ni syphilitique; pas la plus petite écorchure aux membres inférieurs ni aux parties génitales externes; quelques douleurs irradiées dans la cuisse.

Le siège permettrait d'admettre une hernie; en tous cas ce n'est pas une entérocele. C'est peut-être une épiplocèle; mais la dureté de la tumeur, l'absence d'adhérences et de retentissement du côté du tube digestif ne permettent guère de croire à ce diagnostic.

Le siège de la tumeur doit faire songer à une hernie de l'ovaire ou de la vessie. La hernie de l'ovaire serait accompagnée d'ovarite et de métrite, avec douleur irradiant dans tout le bassin, sinon d'une manière permanente, au moins à la pression, tandis que nous avons vu qu'elle s'est développée sourdement, sans douleur au début, et qu'elle n'avait d'abord que le volume d'une petite noisette.

Il faut bien remarquer que la tumeur siège à la partie supérieure de la grande lèvre, qu'elle est indépendante de la peau, et qu'elle s'est développée dans le canal de Nuck s'il existe, ou au moins à la partie supérieure du sac dartoïque de Broca. Le point de départ est donc dans les éléments cellulo-fibreux de cette région. Enfin, elle ne ressemble pas à un de ces kystes qu'on observe assez souvent dans le sac de Broca; pas de fluctuation ni de transparence.

Malgré l'examen minutieux de la malade, M. Verneuil n'a pas voulu poser un diagnostic, car il avait affaire à une tumeur qui n'a pas encore été décrite; néanmoins il jugea que l'opération était indiquée et il la pratiqua le 16 février.

La peau a été coupée, puis le tissu cellulaire. Alors M. Verneuil tomba sur la tumeur; pour s'assurer de sa nature, il fit une ponction exploratrice qui fit sortir quelques gouttes de sérosité infiltrée dans son épaisseur, mais on ne trouva pas de poche kystique. Il fut facile d'énucléer la tumeur qui resta pédiculée. M. Verneuil put dès ce moment annoncer à ses élèves qu'elle avait pour point de départ un des prolongements fibreux du ligament rond. Quelques précautions furent prises en vue des vaisseaux qui pouvaient exister. Le pédicule fut saisi avec une pince du côté de sa racine et l'incision fut faite en avant.

Pansement de Lister. Un tube à drainage est introduit à la partie inférieure, partout ailleurs on tente la réunion immédiate.

Point de complications immédiates, ni consécutives. Cependant dans les jours qui suivirent l'opération, on vit tout autour de la plaie une zone inflammatoire qui a bien vite disparu.

La température se tient pendant quelques jours vers 38°, sans oscillations bien marquées entre le soir et le matin ; le 22, le thermomètre marque 36,8.

Le 23. Le drain tombe. On ne le remet pas, les bords de la plaie sont presque complètement réunis.

Le 27. La plaie est complètement cicatrisée.

Le 10 mars. La malade quitte l'hôpital dans l'état suivant. Bonne santé générale, mais elle accuse encore des douleurs au niveau de la plaie quand on cherche à remuer la base du noyau cicatriciel ; en même temps elle ressent des douleurs au-dessus du ligament de Fallope vers l'anneau interne du canal inguinal, et un peu dans la fosse iliaque droite ; mais, au dire de la malade, ce ne sont plus les mêmes douleurs qu'autrefois. Elles sont assez continues et ne présentent pas d'exacerbation dans la station debout. Enfin elles n'ont pas été plus fortes pendant la menstruation.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Nepveu, chef du laboratoire.

« Examinée au microscope, après avoir été durcie dans l'alcool, cette tumeur offre tous les caractères d'un fibrome pur ; trame dense et serrée, sérosité facilement exprimable à la pression ; cellules fusiformes minces et étroites, fibrilles conjonctives en faisceaux irréguliers ou ramassés en tourbillons. Tels sont ses principaux caractères ; aucun élément d'ailleurs qui puisse faire soupçonner l'origine de la tumeur aux dépens du ligament rond. »

La portion intra-abdominale du ligament rond peut être également le siège de tumeurs plus ou moins volumineuses, ainsi que le prouve le fait suivant dû à Math. Duncan et rapporté dans le *Edinburgh medical Journal* de mars 1876.

Obs. VI. — La tumeur dont il s'agit a le volume et la forme d'un œuf de poule, elle est tout à fait libre devant le ligament large du côté droit. Le ligament rond du même côté peut être suivi sur sa surface. On le voit, se terminant sur la capsule. Son pédicule était court, large environ d'un quart de pouce. La structure de la tumeur était celle d'un fibrome, dense, avec de nombreuses portions créta-

cées près de son centre. Elle est entourée d'une capsule fibreuse provenant du ligament rond. Le Dr Duncan fait observer qu'une semblable tumeur était intéressante au point de vue pratique comme pouvant être confondue avec l'ovaire pendant la vie.

Dans les deux faits qui vont suivre, le diagnostic de tumeur du ligament rond n'a été posé ni pendant la vie, ni au moment de l'opération, ni à l'autopsie. Cependant l'analogie des symptômes signalés par les auteurs avec ceux que l'on a pu observer dans les faits précédents permet de conclure à l'analogie de nature.

Le premier de ces deux faits est emprunté à Churchill (1) et intitulé par lui « *Tumeur enkystée des grandes lèvres* ».

Obs. VII. — Une dame, âgée de 36 ans, à la suite d'une inflammation des intestins, remarque l'existence d'une petite tumeur dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche, nullement douloureuse; elle ne diminuait ni n'augmentait à aucun moment, ne donnait aucune sensation de fluctuation et n'était le siège ni d'œdème, ni de rougeur, ni de chaleur. Elle s'était peu à peu développée et était arrivée à gêner les mouvements de la malade qui ne pouvait s'asseoir, à moins de se renverser fortement en arrière; douleur vive quand elle était sur un siège dur. La douleur traversait tout le bassin jusqu'au sacrum. Dans les derniers temps, la malade avait été tourmentée par des douleurs qui remontaient jusqu'aux reins; d'ailleurs, la tumeur elle-même était insensible, de forme ovale, occupant la lèvre gauche, du volume d'un gros œuf de poule, s'étendant depuis la fourchette antérieure jusqu'au périnée, et envoyant en haut et en arrière un prolongement de 2 pouces. La peau est normale, glisse facilement sur la tumeur; la pression ne détermine pas de douleur; chaque quinte de toux imprime à la tumeur une impulsion quand on laisse les parties dans leur état naturel; mais si on soulève légèrement la tumeur, l'impulsion ne s'y fait plus sentir; son plein à la percussion. Toutes les tentatives de réduction ont échoué, jamais de gargouillement, jamais de changement apparent, quel que soit l'état de l'intestin.

Ne trouve-t-on pas ici la plupart des caractères des tumeurs du ligament rond, l'indolence à la palpation, les douleurs irradiées, l'irréductibilité, l'absence d'impulsion à la toux, le siège

(1) Churchill. *Maladies des femmes*, 4^e édition, pl. 46, 1874.

à la partie supérieure de la grande lèvre, la mobilité de la peau et de la tumeur elle-même et, enfin, le prolongement en haut et en arrière ?

Dans le second fait, le diagnostic porté pendant la vie a été celui de fibrome de la grande lèvre ; cependant tout porte à croire qu'ici encore on avait affaire à une tumeur fibreuse du ligament rond.

Obs. VIII. — M. Betbèje (1) présente une tumeur ovalaire de la grosseur d'un marron, un peu mamelonnée, blanchâtre, et d'une consistance fibreuse, recueillie dans le service de M. Demarquay à la maison de santé, sur une femme de 27 ans. Ce corps est une véritable tumeur fibreuse, d'après l'examen histologique fait par M. Ranvier, et elle a ceci de remarquable, qu'elle a été retirée de la vulve d'une femme, chez laquelle on avait cru un instant à un déplacement de l'ovaire. La tumeur peut en effet pour sa forme et sa consistance être comparée à l'ovaire.

Dans le cas suivant, observé par Aumoine dans le service du professeur Verneuil, on a posé le diagnostic de tumeur fibreuse du ligament rond, mais sans en avoir la confirmation, la malade s'étant refusée à toute opération.

Voici ce fait intéressant :

Obs. IX — Mme B..., femme de ménage, 45 ans, bonne constitution. M. Desnos voit cette malade à la consultation, et la montre à M. Verneuil, comme portant une tumeur de l'aîne d'un diagnostic délicat ; cette malade a toujours joui d'une bonne santé, réglée régulièrement, elle a eu deux enfants, le dernier il y a douze ans. Ces accouchements n'ont laissé aucune affection utérine. Ce n'est qu'il y a quatre ans et demi, qu'elle s'est aperçue qu'elle avait à la grande lèvre droite une petite tumeur qui glissait sous le doigt, comme aujourd'hui. Elle l'attribue à un effort qu'elle aurait fait dans la matinée. Elle ne sentit rien dans l'aîne, ne s'aperçut de rien sur le moment ; ce n'est que par hasard qu'elle sentit en se couchant une petite tumeur qui avait alors le volume d'un noyau de cerise. Elle raconte très nettement que, pendant les huit premiers jours, elle put la faire disparaître à volonté, c'est-à-dire la faire rentrer dans le canal inguinal ; mais à peine était-elle debout que la tumeur repa-

(1) Bulletins de la Société anatomique, 1866, p. 395.

raissait au dehors. N'en souffrant nullement, elle ne s'en occupa pas. Sa menstruation a toujours été régulière, et ses pertes sont peu abondantes depuis déjà une dizaine d'années ; jamais elles n'ont déterminé de douleurs dans la tumeur ni au voisinage. Ce n'est que depuis sept ou huit mois que, sous l'influence d'un travail plus pénible, elle sent dans l'aîne quelques tiraillements, mais point de douleur vive, point d'élançements. La tumeur augmente très lentement, elle est irréductible depuis longtemps, son volume aujourd'hui est celui d'une noix muscade ; parfaitement ronde, elle a une mobilité très grande dans le sens de la longueur du sac dartoïque, c'est-à-dire de haut en bas ; mais si on veut la tirer en avant, on trouve une résistance absolue. Elle est donc bridée par un plan aponévrotique, ce qui prouve qu'elle n'est pas sous-cutanée, mais qu'elle est bien contenue dans un sac qui remonte jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. On peut la faire descendre jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la grande lèvre. Il est impossible de saisir son pédicule et même de dire s'il y en a un. Elle diffère de celle que nous avons observée par sa forme parfaitement arrondie, l'absence complète d'adhérences, et par une extrême dureté. La pression n'est pas douloureuse, et il semble même que la sensation qu'éprouve la malade ait son siège dans la peau. La palpation de la partie inférieure de l'abdomen ne fait découvrir rien d'anormal du côté de l'utérus ou de ses annexes. Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est dans sa position normale.

On remarquera dans cette observation un signe important qui n'a été signalé dans aucun des faits précédents, c'est la réductibilité de la tumeur dans les premiers moments de son apparition. Ce signe, qui n'a rien d'incompatible avec le diagnostic porté de tumeur du ligament rond, a été cependant considéré jusqu'ici comme caractérisant les différentes variétés de hernies et la hernie épiploïque en particulier.

Cependant, la dureté de la tumeur, son irréductibilité absolue, son existence relativement peu ancienne, l'impossibilité de constater la présence d'un pédicule, doivent faire regarder ce diagnostic comme extrêmement probable.

On peut regretter toutefois qu'il n'ait pu être confirmé par l'opération et devenir ainsi le premier exemple de tumeur du ligament rond diagnostiquée avant l'opération.

II.

Avec un aussi petit nombre de faits, il est assurément impossible de tracer une histoire complète des tumeurs du ligament rond; cependant je pense qu'il ne sera pas sans intérêt de résumer les points principaux qui ressortent de l'étude de ces observations et de tenter un essai de description didactique de ces tumeurs que compléteront les faits ultérieurs.

Rappelons d'abord en quelques mots la disposition et la structure du ligament rond.

Etendu, comme on le sait, des parties antérieures et latérales de l'utérus vers l'orifice externe du canal inguinal, le ligament rond vient se terminer dans la partie supérieure des grandes lèvres, en s'épanouissant, pour ainsi dire, et constituant le sac dartoïque.

Le ligament rond comprend dans sa composition : une enveloppe qui lui est fournie par le péritoine, des fibres musculaires lisses; des fibres striées, une artère, des veines, des fibres élastiques et du tissu conjonctif. L'enveloppe péritonéale parvenue au niveau de l'orifice inguinal interne l'abandonne, en formant en ce point une légère dépression qui constitue la fossette inguinale interne.

Les fibres musculaires lisses du ligament rond naissent des parties latérales de l'utérus, particulièrement de la moitié supérieure, en formant un faisceau d'abord aplati qui s'arrondit ensuite, et se termine à une distance variable de son origine. Au-dessous des fibres lisses, se trouve une couche de fibres musculaires striées, naissant soit de la paroi inférieure du canal, soit de l'épine du pubis et se dirigeant vers l'utérus sans jamais se prolonger jusqu'à lui, de sorte que le ligament rond, exclusivement formé de fibres lisses à son origine, de fibres striées jusque vers l'orifice externe du canal inguinal, se compose, à la partie moyenne, de ces deux ordres de fibres, la partie terminale étant constituée par du tissu conjonctif et surtout par des fibres élastiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il n'a été question dans les faits rapportés plus haut que de fibromes et de fibro-myômes ou

myômes du ligament rond, on peut admettre cependant que d'autres groupes de tumeurs, des sarcomes, des myxomes et peut-être des carcinomes peuvent également prendre naissance dans cet organe.

Les fibromes peuvent s'y présenter, soit à l'état de pureté, soit avec les diverses transformations qu'il est si fréquent de rencontrer dans ce genre de tumeurs, transformation calcaire comme dans l'observation de Duncan, transformation myxomateuse des faisceaux et des cellules avec destruction partielle de la tumeur et formation de pseudo-kystes.

Ces transformations se rencontreront plus fréquemment encore dans les cas de myômes ou de fibro-myômes. Dans ces tumeurs la transformation muqueuse s'associe parfois à la dilatation des vaisseaux et amène la destruction d'un certain nombre d'éléments, et la formation de cavités, décrites par Cruveilhier dans les myômes de l'utérus sous le nom de *géodes*. L'observation rapportée par nous est un bel exemple de cette transformation.

Dans certains cas la dilatation des vaisseaux pourra être poussée assez loin pour s'accompagner d'hémorrhagies. On constatera alors dans les cavités mentionnées plus haut la présence de globules sanguins.

On a pu voir, dans l'observation du fait qui nous est personnel, que l'examen microscopique a démontré dans le pédicule de notre tumeur la présence de fibres musculaires lisses. Il est probable que si on avait pu pousser plus loin l'examen, on aurait constaté l'existence de ces fibres musculaires sur toute l'étendue du ligament rond qui, à l'état normal, n'en présente que dans sa moitié interne.

La néoformation des fibres lisses se serait ainsi effectuée de proche en proche, soit par division des fibres cellules préexistantes, soit par transformation directe des cellules embryonnaires que l'on rencontre quelquefois dans le tissu fibreux de nos tumeurs et le long des faisceaux musculaires.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les tumeurs extra-abdominales du ligament rond, les seules dont il soit question dans ce qui va

suivre, peuvent occuper la région inguinale proprement dite ou l'épaisseur de la grande lèvre, mais quel que soit leur siège, elles présentent un appareil symptomatique presque identique.

Ce sont, dans les deux cas, des masses plus ou moins volumineuses, pédiculées ou sessiles, développées lentement et sourdement, de forme variable, globuleuse ou ellipsoïde, à surface lisse ou lobulée, de consistance le plus souvent fibreuse ; présentant parfois en certains points une dureté extrême ou au contraire une fluctuation plus ou moins manifeste ; ne subissant aucun changement apparent sous l'influence de la toux ou des efforts, mais pouvant augmenter de volume, soit à l'époque des règles, soit pendant la grossesse ; très rarement réductibles et seulement dans les premiers jours ; le plus souvent indolentes à la palpation et à la pression ; s'accompagnant de douleurs spontanées plus ou moins vives, tantôt continues, tantôt et plus souvent intermittentes, douleurs irradiées soit dans le membre inférieur correspondant, soit vers le bassin et la région lombaire, pouvant présenter à chaque époque mensuelle une exacerbation plus ou moins marquée.

Ces tumeurs seront le plus habituellement indépendantes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, les veines de ce dernier pouvant être le siège d'une dilatation plus ou moins apparente.

Le sac dartoïque dans l'intérieur duquel se développent nécessairement les tumeurs du ligament rond leur permettra le plus habituellement des mouvements de haut en bas et de gauche à droite, mais formera par sa paroi antérieure un plan aponévrotique résistant qui empêchera tout mouvement d'arrière en avant.

DIAGNOSTIC. — Les tumeurs du ligament rond ne présentant aucun signe pathognomonique, leur diagnostic sera le plus souvent entouré de sérieuses difficultés.

Et d'abord le siège de la tumeur une fois constaté, on aura à rechercher avec soin si elle envoie ou non un pédicule dans la profondeur.

1° Le *pédicule existe*, mais il s'enfonce au-dessous de l'arcade crurale : alors point de tumeur du ligament rond.

S'il passe au-dessus de cette arcade, la tumeur peut appartenir au ligament rond, ou au contraire être constituée soit par une hernie graisseuse, soit par une épiplocèle, soit par une hernie de l'ovaire.

Mais la hernie graisseuse, qui, pas plus que les tumeurs du ligament rond, ne présente d'impulsion dans les efforts et dans la toux, peut cependant diminuer parfois sous l'influence de la pression ; de plus, elle n'est pas indolente, mais est assez souvent le siège d'une douleur plus ou moins accusée pendant la marche et surtout à la pression.

La confusion avec une épiplocèle irréductible sera d'autant plus facile que l'irréductibilité de cette dernière sera plus ancienne. Dans ce cas, en effet, la dureté de la tumeur, l'absence d'impulsion à la toux, les caractères de la mobilité rendront le diagnostic presque impossible. Dans d'autres cas, au contraire, la mollesse de la tumeur, sa consistance inégale et surtout la présence d'une corde épiploïque tendue derrière la paroi abdominale pourront éclairer le diagnostic.

On pourra également, dans certains cas, utiliser les commémoratifs et en particulier la réductibilité ancienne de la tumeur que nous trouvons cependant signalée dans un cas de tumeur du ligament rond dont le diagnostic n'a pas, il est vrai, été confirmé par l'autopsie.

Dans les cas de hernie de l'ovaire le diagnostic différentiel sera en général plus facile.

Là encore il s'agit, il est vrai, d'une tumeur plus ou moins ovoïde, rénitente, circonscrite, sans changement de coloration de la peau, mobile de haut en bas, de droite à gauche, mais non d'arrière en avant. Mais l'augmentation de volume à chaque époque menstruelle, l'exacerbation de la douleur seront ici beaucoup plus marquées. De plus la palpation de la tumeur, celle de son pédicule provoqueront une douleur vive qui, dans certains cas, a cependant pu manquer.

Enfin le toucher vaginal viendra, dans un grand nombre de cas, lever tous les doutes. L'ovaire hernié ayant entraîné le ligament large de ce côté, on reconnaîtra un changement dans la situation de l'utérus, l'élévation de son orifice ; enfin on

pourra, en imprimant des mouvements à l'utérus, faire éprouver des tiraillements à l'organe hernié.

2^o *Le pédicule manque.*

S'il s'agit d'une tumeur du ligament rond développée à l'aîne, elle sera facilement méconnue et confondue avec différentes espèces de produits pathologiques, le plus souvent avec une tumeur d'origine ganglionnaire. Cependant la surface le plus souvent multilobée de la tumeur ganglionnaire, les sillons plus ou moins profonds qui séparent les lobes, le déplacement extrêmement facile de la tumeur dans tous les sens, ou au contraire son immobilité presque absolue pourront faire éviter l'erreur que j'ai commise moi-même dans le seul cas connu jusqu'ici de fibro-myôme du ligament rond développé à l'aîne.

Si la tumeur siège à la vulve, la connaissance de son point de départ, si elle est possible, sera de la plus grande importance pour le diagnostic. Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur ayant débuté au niveau de l'orifice inguinal externe, on devra songer au ligament rond.

Au contraire, toute tumeur siégeant d'abord à la partie moyenne ou inférieure de la grande lèvre n'appartiendra pas à cet organe.

L'observation suivante présente à cet égard un intérêt particulier.

Obs. X. — La nommée L..., concierge, 42 ans, entre le 6 septembre 1874, à l'hôpital des Cliniques dans le service de Broca alors suppléé par M. Terrier, pour une tumeur développée dans l'épaisseur des grande et petite lèvres gauches. Elle date de 3 ans 1/2. Au début elle était grosse comme un pois, faisant saillie à la face intérieure de la petite lèvre au tiers inférieur. Elle était dure, prurigineuse; à la fin de la première année elle avait atteint le volume d'une noisette, toujours très dure, indolente, non prurigineuse. La deuxième année, son développement ne fait pas beaucoup de progrès; mais en 1874 elle s'accroît rapidement et la marche devient pénible. Au mois d'août, la base de la tumeur s'ulcère et la malade entre à l'hôpital le 7 septembre.

Etat actuel. — Tumeur dure, rénitente, pédiculée, occupant les deux

tiers inférieurs des deux lèvres, effilée à la partie supérieure, arrondie, évasée à la partie inférieure où l'on trouve deux ulcérations de la largeur d'une pièce de cinq francs ; le tissu de la tumeur fait hernie à travers les ulcérations ; il présente un aspect framboisé, rougeâtre et laisse suinter un liquide séro-sanguinolent. Le bord antérieur est arrondi ; les faces, au nombre de deux, regardent l'une en dedans, l'autre en dehors. La peau est saine en dehors, la muqueuse en dedans. Les ganglions iliaques sont pris des deux côtés. L'état général est des meilleurs. On ne trouve rien à noter dans le passé de la malade ni dans ses antécédents.

Opération le 12 septembre. Une incision verticale est pratiquée sur le bord antérieur, l'énucléation est des plus faciles. Le pédicule est tordu, deux petites artérioles donnent et sont liées. Restait encore un tissu qui paraissait suspect, remontant par un cordon que l'on sentait très bien vers le haut du vagin, le long de la paroi latérale. M. Terrier en prend le plus qu'il peut dans l'anse de l'écraseur et achève ainsi l'opération ; un tampon de charpie imbibée d'une solution phéniquée est placé dans la cavité formée par les deux bords de la plaie.

Aujourd'hui, 1^{er} octobre, la malade est encore dans les salles, mais va très bien. La plaie est presque cicatrisée, rien d'anormal n'est venu troubler l'état général ou local de l'opérée.

Un examen histologique fait sur des coupes fraîches de la tumeur vers le pédicule et la partie ulcérée a montré un tissu embryonnaire jeune et des éléments interposés entre les cellules, ce qui au premier abord avait fait admettre l'existence d'un sarcome. Un nouvel examen pratiqué au laboratoire d'histologie a fait voir que la structure de la tumeur est différente. Pour M. Ranvier, les éléments qui dominant sont ceux d'un fibrome jeune en voie de développement. La présence de fibres cellulaires musculaires est restée douteuse, de sorte que l'on ne paraît pas avoir affaire en ce cas à un fibro-myôme, comme cela s'est rencontré plusieurs fois dans ces sortes de tumeurs.

La tumeur dont on vient de lire l'histoire présente un certain nombre de caractères que nous n'avons pas trouvés dans les observations précédentes.

Et d'abord, point extrêmement important, et qui écarte immédiatement l'idée de tumeur du ligament rond au début, la tumeur fait saillie à la face interne de la petite lèvre au tiers inférieur ; à l'entrée de la malade à l'hôpital elle occupe les

deux tiers inférieurs des deux lèvres. Elle s'est donc développée en dehors du sac dartoïque, c'est un fibrome de la grande lèvre. Un autre symptôme à noter, c'est l'ulcération siégeant à la face interne là où la tumeur frotte contre les lèvres du côté opposé. Ce signe, que l'on rencontre peut être plus souvent dans les tumeurs de la vulve siégeant en dehors du sac dartoïque, ne présente évidemment rien de caractéristique ; il peut être observé dans toute tumeur volumineuse de la vulve.

Si, le début de la tumeur au niveau de l'orifice inguinal externe une fois mis hors de doute, on peut ensuite constater la résistance opposée par la tumeur aux tractions opérées d'arrière en avant par suite de son développement dans l'intérieur du sac dartoïque, l'augmentation de volume ou l'exacerbation de la douleur aux époques menstruelles, le diagnostic de tumeur du ligament rond pourra être considéré comme établi.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la difficulté de ce diagnostic, on devra désormais le faire intervenir toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une femme affectée de tumeur siégeant à l'aîne ou à la vulve.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Le pronostic des tumeurs du ligament rond est évidemment lié à leur nature histologique. Sans gravité dans les cas de fibromes et de fibro-myômes, et à cause de la marche lente de ces tumeurs généralement solitaires, et à cause de leur absence de récurrence, il sera un peu moins favorable dans les cas de myômes dont la constitution se rapproche plus de celle du tissu embryonnaire. Il acquerra enfin dans les sarcomes une gravité d'autant plus grande que la tumeur sera plus volumineuse et que son organisation histologique sera moins élevée.

Nous n'avons presque rien à dire du traitement qui est exclusivement chirurgical. Il est évident que pour les fibromes et les fibro-myômes l'extirpation est le seul remède, il en serait de même pour les tumeurs sarcomateuses ou myomateuses. Dans tous les cas connus, l'opération a présenté une grande simplicité. Elle aurait été même plus facile encore dans mon cas, si je n'avais pas cru devoir disséquer et enlever la capsule conjonc-

tive très lâche qui entourait la tumeur. Croyant avoir affaire à un sarcome et sachant que cette capsule conjonctive lâche est souvent, en pareille circonstance, le siège d'une récurrence locale, je me suis créé, en voulant l'enlever, une difficulté opératoire que j'aurais évitée si j'avais connu la vraie nature de la tumeur.

LE CHLOROFORME ET SON EMPLOI THÉRAPEUTIQUE, EN DEHORS DE L'INHALATION

Par les professeurs CH. LASÈGUE et J. REGNAULD.

(Suite et fin.)

Usages du chloroforme dans la médication externe. — Les effets du chloroforme sur le tégument externe varient suivant une foule de conditions : dose, mode et durée de contact, dilution à l'aide de substances inertes, ou de matières possédant une activité propre. La partie clinique de ce travail mettra en évidence les phénomènes dépendant de l'état physiologique ou pathologique des organes. On verra combien est différente l'intensité des impressions, suivant que la peau est sèche, qu'elle est humectée par une sudation, ou par une macération préalable.

Chloroforme à l'état de liberté. — Les frictions sur la peau se pratiquent, le plus souvent, d'une manière peu rationnelle, à l'aide d'une étoffe (linge, flanelle ou carde de coton), imprégnée de liquide.

Grâce à la rapide volatilisation du chloroforme, dans ces conditions de température élevée et de surfaces étendues, les effets sont généralement disproportionnés avec la dose de médicament mis en œuvre. De plus, le malade et l'opérateur sont exposés à une inhalation accidentelle qui peut ne pas être sans inconvénient.

Si à la friction on substitue l'application sur la peau d'une étoffe largement imprégnée de chloroforme et protégée contre l'évaporation rapide par un tissu imperméable, l'action irritante devient extrêmement énergique. A une simple sensation de chaleur succède vite une cuisson pénible, comparable à

