

ture ou de parésie des adducteurs. Ce symptôme est dû à la compression du nerf obturateur par la hernie.

Diagnostic. — Elle est toujours méconnue sauf lorsqu'elle atteint un certain volume ou qu'elle provoque des douleurs vives. Une tuméfaction « profonde et diffuse », en dehors du scrotum ou dans la grande lèvre chez la femme, coexistant avec le signe de Romberg et la douleur provoquée par le toucher vaginal, devront en faire soupçonner l'existence.

Traitement. — La contention par un bandage est presque impossible, et la cure radicale s'impose. En cas d'étranglement, le taxis est dangereux et la kélomie doit être pratiquée d'emblée : par une incision verticale, on cherche le pectiné qui recouvre toutes les hernies obturatrices et on le récline en dedans ; on débride à ciel ouvert à cause des obstacles vasculaires.

Dans les cas douteux, la laparotomie est préférable à la herniotomie.

CHAPITRE IV.

AFFECTIONS DES PAROIS DE L'ABDOMEN

ARTICLE PREMIER

FIBROMES DES PAROIS ABDOMINALES

Parmi les tumeurs qui se développent dans la paroi abdominale — épithéliomes, sarcomes, lipomes, tératomes, kystes hydatiques et kystes séreux sous-péritonéaux, — les fibromes méritent seuls une étude particulière. HUGUIER les décrit en 1860 sous le nom de *tumeurs fibreuses pelviennes*, et montra qu'il s'agissait de fibromes vrais, à évolution bénigne ; il insista sur l'existence d'un pédicule rattachant ces tumeurs au squelette. GUYON en 1875, LABBÉ et RÉMY en 1888, LEDDERHOSE, dans son article de la *Deutsche Chirurgie*, reprirent l'étude de la paroi et en discutèrent l'origine encore indéfinie aujourd'hui.

Anatomie pathologique. — Ils se développent dans la paroi antéro-latérale ; ils sont unilatéraux, jamais médians. Par ordre de fréquence, on les observe dans la région ilio-inguinale, dans la région des grands droits, à l'hypogastre et à l'épigastre. Ils paraissent se développer en pleine paroi, soit aux dépens des aponévroses, soit dans le tissu conjonctif intermusculaire ; ils sont toujours situés au-dessous de l'aponévrose sous-cutanée qui les recouvre, mais ils sont souvent fusionnés avec les aponévroses profondes et le péritoine qu'on a beaucoup de peine à décoller dans certains cas. De volume variable, pouvant dépasser celui d'une tête d'adulte, ils ont, au début, la forme d'un galet ; en grossissant, ils deviennent sphériques ou ovoïdes, et, lorsque les muscles de la paroi les étranglent, ils prennent la forme d'un sablier ou de « deux petits pains accolés par leur face plane ». Ces fibromes sont encap-

sulés ; la distension et le refoulement des aponévroses et des muscles au-devant d'eux déterminent la formation de plusieurs pseudo-capsules que l'on doit inciser successivement quand on pratique l'ablation du fibrome. Le pédicule vasculaire à insertion osseuse décrit par HUGUIER n'existe pas : la méthode thérapeutique qui consistait à inciser ce pédicule pour déterminer l'atrophie de la tumeur ne pouvait donc donner aucun résultat. Lorsque le fibrome adhère aux côtes ou à la crête iliaque, il s'agit d'adhérences secondaires, dues à ce que la tumeur, bridée par les muscles, a été peu à peu repoussée vers leur insertion osseuse. — Histologiquement, il s'agit, ordinairement et à l'origine, de fibromes purs. Toutefois, il arrive, et nous l'avons observé, que la néoformation fibreuse se montre riche en cellules, inclinant alors vers le fibro-sarcome, ou qu'elle présente des kystes séreux ou muqueux conduisant au cysto- ou myxo-sarcome.

Étiologie et pathogénie. — Ils se rencontrent presque exclusivement chez des femmes jeunes ayant accouché. Les fibromes de la paroi observés chez l'homme sont des fibro-sarcomes, et non des fibromes vrais.

Quelle est la pathogénie de cette affection ? On a successivement placé son origine dans le squelette, dans les aponévroses et les muscles de la paroi abdominale, dans le ligament rond.

1° *Origine ostéo-périostique.* Défendue par HUGUIER et NÉLATON elle n'est plus admise depuis que l'on a reconnu la non-existence du pédicule à insertion osseuse qui servait de base à cette théorie pathogénique. — 2° *Origine musculaire et aponévrotique.* GUYON, LABBÉ et RÉMY ont incriminé les éraillures et les déchirures des muscles de la paroi au cours de l'accouchement. Cette hypothèse, très vraisemblable, s'appuie sur la rareté de ces tumeurs chez la femme vierge et sur leur absence chez l'homme. L'origine de ces tumeurs aux dépens des tissus tendineux, des aponévroses, des plans fibreux des muscles de la paroi, est admise pour la majorité des cas (*tumeurs desmôides* des Allemands). — 3° *Origine génitale.* Enfin, GUINARD a soutenu récemment qu'il s'agit de fibromes développés aux dépens de la portion intra-pariétale du ligament rond. Cette dernière

théorie s'applique certainement à quelques cas, mais elle ne peut être généralisée. Les dissections opératoires montrent que beaucoup de fibromes n'ont aucune connexion avec le ligament rond ; de plus, la structure des fibromes de cet organe est celle des fibromes de l'utérus : comme l'a montré CLAISSE, ils sont constitués par des fibres musculaires lisses, et, comme dans l'utérus, il s'agit d'une prolifération péri-vasculaire inflammatoire. C'est là un fait facile à comprendre puisque les ligaments ronds ne sont que des prolongements de l'utérus. Or, nous avons vu que les fibromes de la paroi sont des fibromes purs, et non des fibro-myomes. On ne peut donc réunir tous les fibromes de la paroi dans un groupement d'origine commune.

Symptômes et évolution. — Leur volume seul les met en évidence : ils ont les caractères habituels des fibromes en général. Un signe est pathognomonique du siège anatomique : mobiles dans la paroi quand celle-ci est relâchée, ils deviennent fixes et saillants quand celle-ci se contracte. De plus si on marque avec un crayon, comme l'a indiqué TILLAUX, le point le plus élevé de la tumeur, on observe que pendant les mouvements forcés d'inspiration, le point ainsi repéré ne se déplace pas ; la tumeur est donc intrapariétale et non intra-abdominale. — Les fibromes ont une évolution bénigne ; ils restent longtemps stationnaires, mais augmentent quelquefois légèrement à chaque grossesse.

Diagnostic. — Il faut éliminer d'abord les néoplasmes abdominaux. Certains plastrons inflammatoires de dureté ligneuse, secondaires à des annexites peuvent simuler un fibrome : les commémoratifs et l'évolution aideront au diagnostic. Parmi les affections de la paroi, on ne peut le confondre qu'avec une épiplocèle intra-pariétale ou propéritonéale, ou un tératome. Quand la tumeur, croissant en malignité, évolue vers le fibro-sarcome, ce qui obscurcit son pronostic et augmente son péril de récurrence, le diagnostic se fonde sur la rapidité d'accroissement et la moindre dureté de la masse.

Traitement. — L'extirpation complète est sans danger : on aura soin de reconstituer la paroi abdominale à l'aide d'une suture à trois plans pour éviter une éventration ultérieure.