

## I. TUMEURS DES PAROIS ABDOMINALES.

Nous ne voulons pas énumérer ici une à une toutes les tumeurs qui peuvent se montrer dans la peau, le tissu sous-cutané et les muscles des parois abdominales. Il n'y a aucun intérêt à rappeler qu'il existe des carcinomes épithéliaux, des athéromes, des sarcomes de la peau, et que dans le tissu sous-cutané on voit parfois se développer des lipomes et des fibromes fasciaux. Nous nous contenterons d'étudier ici certaines tumeurs particulièrement typiques des parois de l'abdomen, dont la connaissance a une certaine importance pour le diagnostic des tumeurs de l'abdomen en général, ainsi que pour la méthode de traitement des néoplasmes eux-mêmes que nous allons décrire.

Nous aurons à nous occuper essentiellement des **tumeurs kystiques** et de celles qui appartiennent au **groupe du tissu conjonctif**.

LUSCHKA, le premier en 1862, a attiré l'attention des chirurgiens sur l'existence probable de tumeurs kystiques de la paroi antérieure de l'abdomen, développées aux dépens de l'ouraque dégénéré, et depuis lors de différents côtés (HOFFMANN, WOLF, clinique de ROSER, etc.) ont été publiées des observations se rapportant à des opérations de kystes développés dans la paroi antérieure de l'abdomen entre l'ombilic et la symphyse, et pouvant atteindre le volume d'une tête d'adulte, kystes dont le siège et les caractères anatomiques ne permettent guère d'adopter une autre explication de leur point de départ. On peut leur donner le nom de **kystes prépéritonéaux**. Outre les tumeurs kystiques de cette région, on observe chez la femme des kystes qui ont pour origine le ligament rond, et se développent au niveau de l'anneau inguinal dans la direction de la grande lèvres correspondante; chez l'homme on peut également rencontrer des kystes dans la région du canal inguinal (voir hydrocèle). Mais outre ces formations kystiques dues à la dilatation d'une cavité fœtale oblitérée à l'état normal, on observe des **kystes à échinocoques** des parois abdominales. Ces derniers sont assez rares, il est vrai, mais se montrent cependant avec une certaine prédilection dans la cavité prépéritonéale que nous avons déjà vue être le siège des kystes provenant de l'ouraque. MOUCHET a recueilli un certain nombre de faits de ce genre et a insisté sur la difficulté du diagnostic. Les kystes de la paroi antérieure de l'abdomen reconnaissables à la fluctuation ou à l'ondulation, et dans quelques cas au frémissement hydatique (échinocoque) sont parfois difficiles à diagnostiquer parce qu'ils occupent une grande étendue et qu'ils peuvent simuler une tumeur kystique intra-abdominale simplement appliquée contre les parois du ventre. La ponction et, au besoin, l'incision exploratrice assurent le diagnostic. La vessie devra toujours être vidée avant l'examen du malade si l'on veut éviter de confondre ces kystes avec la cavité vésicale distendue par l'urine.

Dans le traitement de ces kystes on s'adressera tout d'abord à la ponction et à l'injection iodée ou à l'incision du sac que l'on maintiendra ouvert et dans lequel on fera des injections détersives. L'extirpation n'est pas sans danger à cause de la lésion possible du péritoine; cependant ROSER l'a tentée une fois

avec succès (WOLF), et actuellement, grâce à la méthode antiseptique, c'est cette opération qui conduit le plus sûrement à la guérison. Les kystes à échinocoques doivent être ouverts largement et drainés; puis on applique un pansement antiseptique. Les vésicules sortent au moment de l'opération ou pendant le traitement ultérieur.

Plus souvent on observe dans les parois abdominales des tumeurs appartenant au groupe du tissu conjonctif et ce sont avant tout les **sarcomes** et **fibromes fasciaux** qui se distinguent par des caractères tout à fait typiques. Dans plusieurs cas c'est le ligament rond qui en était le point de départ, mais, en outre, on les a observés principalement sur deux points différents. NÉLATON, le premier, fit remarquer la fréquence relative de tumeurs de ce genre nées de la **fosse ou de la crête iliaque**, et observées exclusivement chez la femme. J'ai rencontré, pour ma part, dans un certain nombre de cas, des fibromes ayant une semblable origine et s'étendant jusqu'au foie et à la ligne médiane de l'abdomen; ces tumeurs s'étaient développées avec une lenteur relative dans le tissu conjonctif sous-séreux.

Un second endroit qui est assez souvent le point de départ de tumeurs, c'est la **gaine du muscle droit de l'abdomen**. Lorsqu'elles siègent au-dessus de l'ombilic, elles ne se trouvent, par conséquent, pas en contact avec le péritoine.

Il n'est pas rare d'observer des tumeurs de ce genre en forme de bouton de chemise, c'est-à-dire divisées en deux parties, dont l'une est située en avant du feuillet postérieur de la gaine du muscle droit, et l'autre en arrière dans le tissu sous-séreux où elle adhère intimement au péritoine. Lorsqu'on ne les opère pas, elles s'arrêtent parfois dans leur développement; dans d'autres cas elles s'accroissent indéfiniment, remplissent la moitié de la cavité abdominale et plus encore, et tandis qu'une partie du néoplasme fait fortement saillie au dehors et simule un ventre en besace, une autre partie s'étend profondément dans la cavité abdominale et jusque dans le petit bassin. Le diagnostic présente alors naturellement des difficultés, car on peut facilement se croire en présence d'une tumeur extrapéritonéale. Par contre, les petites tumeurs trahissent leur origine à la saillie bosselée qu'elles forment au-dessus de la surface de l'abdomen, et à la particularité qu'elles présentent de se mouvoir avec les parois abdominales. Cependant une erreur est d'autant plus facile qu'il arrive parfois qu'un sarcome de l'épiploon perfore le péritoine pariétal, et arrive jusque sous la peau de façon à simuler une tumeur intra-pariétale. D'ailleurs, les tumeurs d'un petit volume des parois abdominales sont également souvent adhérentes au péritoine, circonstance qui n'a pas aujourd'hui la gravité qu'on lui attribuait autrefois, alors que l'on opérait sans précautions antiseptiques. Pour ce même motif, la question de savoir si la tumeur siège dans les muscles ou au-dessous de ces derniers, a perdu beaucoup de son importance.