

tent à la région aucun caractère spécial. Il en serait de même des lipomes, si l'on ne devait en rapprocher la *surcharge graisseuse des parois abdominales* siégeant ordinairement sur la moitié inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen chez les femmes âgées, grasses, ayant eu beaucoup d'enfants. — Cette lipomatose est dans certains cas assez développée pour entraîner la peau. Celle-ci retombe sur les cuisses comme un tablier épais en creusant au-dessus du pubis des plis profonds qui s'excorient facilement, et deviennent le siège d'eczéma constant et parfois d'érysipèles à répétition fort ennuyeux.

Broca a décrit de plus des *lipomes sous-péritonéaux*. Il n'en existe qu'un seul cas bien net, celui qu'il a rapporté d'un lipome de 15 kilogrammes développé dans le mésocôlon iliaque; une autre observation du docteur Caudy (d'Agde) est plus douteuse.

Enfin on a vu se développer dans les muscles ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, comme partout ailleurs, des *kystes hydatiques*. Les premiers faits observés ont été signalés par le docteur Moutet (de Montpellier). La tumeur se présente sous l'apparence d'une tuméfaction circonscrite de l'abdomen, parfois irrégulière et bosselée, siégeant dans les parois, presque toujours à la région ombilicale; on l'a aussi observée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le kyste étant rarement multiloculaire, la fluctuation serait très facilement perçue. La marche en est excessivement lente : trente-cinq ans (Courty), dix-sept ans (Moutet), et, chose curieuse, la guérison est la règle par ouverture à la peau ou dans l'intestin. Étant donnée la rareté du frémissement hydatique, on comprend facilement toutes les difficultés du diagnostic; une ponction exploratrice seule éclairera sûrement le chirurgien.

Kystes séreux sous-péritonéaux. — Longtemps confondus et décrits parmi les *hydropisies enkystées du péritoine*, ces kystes ont été niés par Grisolle et Bernutz; cependant, Chassaignac et Cruveilhier en ont rapporté des cas authentiques. Ils sont d'ailleurs mal connus. Ils siègent le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi antérieure; on en a observé sur les côtés de la colonne vertébrale, en avant du psoas.

Ces tumeurs se développent lentement; cependant, il se produit parfois une poussée rapide d'accroissement (Bornet, Chevalier); le volume devient ainsi énorme en peu de temps; dans ces conditions, on peut voir le kyste s'enflammer, se rompre dans la cavité périto-

néale. La mort s'ensuit à bref délai; elle survient encore par épuisement après la suppuration du kyste.

La ponction aspiratrice constitue le moyen de diagnostic par excellence; encore ne suffira-t-elle point à faire distinguer ces kystes d'avec les épanchements enkystés qui se seraient faits dans la cavité péritonéale.

La ponction peut aussi être considérée comme un moyen de traitement; il est ordinairement indiqué de la faire suivre d'une injection iodée; en cas de tumeur volumineuse, l'ouverture large et le drainage pratiqués avec soin seraient encore préférables.

III

TUMEURS DE L'OMBILIC

En dehors des tumeurs herniaires, les tumeurs de l'ombilic sont rares; elles ne doivent donc pas nous arrêter longtemps. Le lecteur désireux d'en faire une étude plus complète en trouvera les éléments dans le mémoire publié par Blum dans les *Archives générales de Médecine*, 1876, et surtout dans la thèse inaugurale de Villar (*Tumeurs de l'ombilic*, Paris, 1886). C'est à ce dernier travail que nous empruntons en grande partie la description qui suit.

On peut se contenter de signaler certaines tumeurs, rares, sans importance, qui n'empruntent à leur siège à l'ombilic aucun trait bien particulier. Ainsi : quelques kystes sébacés et dermoïdes, — des papillomes, des tumeurs véruqueuses, quelques tumeurs vasculaires, vraies ou nævi (une observation de Chassaignac, *Bull. Soc. de Chir.*, 1855), enfin, pour être complet, quelques lymphocèles signalées par Kœberlé chez des malades atteintes de kystes de l'ovaire. — La rétention simple de matière sébacée dans les plis de la cicatrice simule quelquefois une tumeur. — Il en est de même de la distension de la cicatrice ombilicale en cas d'ascite considérable, que la matité, la fluctuation et l'étalement du ventre feront facilement reconnaître.

Les tumeurs véritablement intéressantes de l'ombilic et dignes de ce nom, qu'il nous reste à décrire, sont de deux ordres. Les unes connues jadis sous les noms de *fungus ombilical des nouveau-nés* (Dugès), ou d'*excroissance fongueuse de l'ombilic* (Nélaton), sont

des tumeurs bénignes qui s'observent toujours chez des nouveau-nés. Nous verrons que les progrès de l'histologie y ont fait découvrir deux espèces différentes. — Les autres appartiennent exclusivement à l'adulte et constituent les cancers de l'ombilic.

1^o *Excroissance fongueuse de l'ombilic.* — Au moment de la chute du cordon, ou pour mieux dire dans les jours qui suivent (du 4^e au 20^e jour), on voit, à la place où devrait se former la cicatrice ombilicale, s'élever une petite tumeur, ou masse bourgeonnante, comparée le plus souvent à une fraise, à surface tantôt lisse et unie, le plus souvent mamelonnée et creusée de sillons. La coloration de ce petit corps est rouge; sa surface est luisante et humide. Quelquefois sa vascularisation est telle qu'elle se tend et rougit sous l'influence des efforts. Elle saigne dans ce cas assez facilement. Elle est le plus souvent pédiculée. Son volume ne dépasse pas celui d'une noisette; mais il peut être beaucoup moindre; aussi la tumeur se cache-t-elle parfois si profondément dans l'ombilic qu'il faut la chercher pour l'y découvrir. Elle révèle toujours sa présence par une sécrétion visqueuse peu abondante, mais qui suffit pour faire naître et entretenir un état eczémateux plus ou moins étendu autour de l'ombilic. L'accroissement de cette production, rapide au début, s'arrête au bout de quelques jours ou de quelques semaines; il semble que les guérisons spontanées soient rares.

L'anatomie pathologique a permis de reconnaître dans les tumeurs que nous venons de décrire deux espèces distinctes. La plus fréquente de beaucoup, c'est le *granulome* (Virchow). L'autre, infiniment plus rare, est l'*adénome* (L. Küstner, in *Virchow's Archiv*, t. LIX, 1877).

Le *granulome* est formé de cellules conjonctives fusiformes dans la partie centrale de la tumeur, arrondies dans les portions périphériques; il est le plus souvent privé de tout épiderme. Les vaisseaux sont nombreux, mais généralement très fins. Il s'agit en somme d'un volumineux bourgeon charnu.

L'*adénome* est histologiquement tout différent. Avant Küstner, Kolaczek avait rapporté dès 1875, sous le nom d'entéro-tératome, deux faits observés antérieurement et en avait donné une bonne description histologique. En 1884, dans les *Archives de Médecine*, Lannelongue et Frémont ont publié sur ce même sujet un travail très complet sous le nom de « Tumeurs adénoïdes diverticulaires ». La thèse de Villar contient 11 cas d'adénome intestinal.

La tumeur est ici bien différente, dans sa constitution anatomique, de ce que nous avons trouvé pour le granulome : à la périphérie, une couche épithéliale formée par les cellules de l'intestin, dépourvues seulement de leur plateau normal. Au-dessous, de nombreuses glandes tubuleuses, 2 ou 3 fois plus volumineuses que les glandes correspondantes de l'intestin. Enfin, tout à fait au centre, une couche de fibres musculaires lisses, quelquefois deux, et des vaisseaux abondants. Il est probable que ces productions naissent aux dépens des restes du canal omphalo-mésentérique.

Le traitement de ces tumeurs consiste essentiellement dans l'excision, suivie ou non de cautérisation, ou dans la ligature.

2^o *Cancers de l'ombilic.* — Observées uniquement chez l'adulte et surtout de quarante à soixante-dix ans, ces tumeurs sont tantôt primitives et tantôt secondaires.

Le cancer primitif est le plus souvent un épithélioma. Il se développe dans la peau de cette région comme sur toute la surface du derme (Demarquay en a cité plusieurs cas). Le cancer secondaire est formé par des tumeurs propagées d'un organe quelconque de l'abdomen et plus particulièrement de l'épiploon, du péritoine ou de l'intestin. Virchow, d'Heilly, Damascino, en ont rapporté des exemples curieux. On voit sortir de la cicatrice ombilicale un bourgeon rougeâtre, inégal, bosselé, de mauvaise nature, véritable fungus cancéreux de l'ombilic; il est facile en général d'en suivre les connexions dans le canal ombilical jusqu'à l'épiploon ou l'intestin. — La tumeur intra-abdominale présente du reste des caractères physiques et des symptômes qui en faciliteront le diagnostic. — Une induration de mauvaise nature entoure le fungus ombilical, s'étendant plus ou moins à la périphérie. — Il n'y a pas, bien entendu, à songer à l'ablation dans un cas de ce genre; mais celle-ci pourra être fort bien indiquée s'il s'agit d'une tumeur bornée à la cicatrice, ne paraissant pas se prolonger dans le canal ombilical et surtout dans l'abdomen. — L'opérateur n'oubliera pas toutefois les dangers occasionnés par le voisinage du péritoine, et il saura prendre toutes les mesures que la prudence indique en pareille circonstance.

Cette intervention, dans les limites restreintes que nous venons de poser, sera encore plus indiquée, si, comme cela arrive, la nature de la tumeur n'est pas très bien établie, et si l'on peut espérer

n'avoir affaire qu'à une tumeur sarcomateuse. Ajoutons que trois cas de myxome rapportés par O. Weber et deux cas de myxosarcome cités par Virchow remontaient à la première enfance.

TROISIÈME PARTIE

CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

Une première catégorie de corps étrangers du tube digestif comprend ceux qui sont *venus de l'extérieur*, soit par *déglutition* et en suivant les voies naturelles, soit par *traumatisme*; nous avons déjà parlé de ces derniers.

On réunit dans un autre groupe ceux qui se forment dans l'*intérieur du tube intestinal*.

Cette division étiologique est sans doute importante, mais elle nous paraît devoir céder le pas à la classification suivante, basée sur la division anatomique de l'appareil de la digestion, et cadrant beaucoup mieux avec les phénomènes cliniques et les indications thérapeutiques :

1° *Corps étrangers de l'estomac*;

2° *Corps étrangers de l'intestin*.

Les corps étrangers du rectum devront être étudiés plus loin dans un chapitre spécial, comme ceux de l'œsophage l'ont été au commencement de ce volume.

I

CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC

Étiologie. — Tous les corps étrangers de l'estomac viennent de l'extérieur, et la plupart des corps étrangers de l'intestin ont passé par l'estomac. Les données étiologiques suivantes s'appliquent donc à la fois à ces deux portions du tube digestif.

Il y a deux ordres de corps étrangers :

1° *Corps étrangers d'origine alimentaire.* — Ce sont des débris

d'os, des arêtes de poisson, des débris de verre ou autres enfermés par mégarde dans les aliments; ce sont encore des noyaux de fruits, des pépins en nombre plus ou moins considérable.

Enfin, avec les liquides on a vu avaler précipitamment des poissons, des sangsues; mais il est rare que celles-ci arrivent dans l'intérieur de l'estomac.

D'ailleurs tous ces corps ne méritent guère le nom de corps étrangers de l'estomac; ils ne font ordinairement que traverser l'organe pour arriver dans l'intestin.

2° *Corps étrangers d'origine non alimentaire* — Cette variété s'observe chez les enfants en bas âge qui portent instinctivement à la bouche tout ce qui leur tombe sous la main. Mais c'est surtout chez les aliénés qu'on les observe. — Les maniaques avalent les corps étrangers les plus bizarres; on a trouvé dans l'estomac des jeux de dominos presque entiers. Un aliéné anglais cité par Poulet avait dans sa cavité stomacale 1841 corps étrangers, dont 1000 clous de souliers.

Les bateleurs, avaleurs de couteaux, de sabres, de cailloux, de verre, constituent encore une autre catégorie importante. — C'est ainsi qu'ont été introduites les fourchettes et cuillers dont l'extraction a fait tant de bruit dans ces dernières années. Les voleurs, les prisonniers, font disparaître assez souvent dans leur estomac des corps étrangers volumineux, nécessaires en acier, etc. Enfin c'est encore la cachette employée par bien des porteurs de dépêches au moment d'être surpris.

D'autres fois, c'est par imprudence, par surprise, que des corps étrangers placés entre les lèvres ou dans la bouche sont introduits jusque dans l'estomac. — Des animaux même se seraient ainsi glissés jusque dans l'estomac des gens endormis la bouche ouverte, couleuvres, etc. : ces histoires demanderaient à être vérifiées.

En dernier lieu se placent des corps étrangers d'origine chirurgicale, râteliers, pièces dentaires ou palatines, débris de sonde œsophagienne, fragments d'éponge dans une cautérisation de l'arrière-gorge.

Nous n'avons pas la prétention d'énumérer tous les objets, toutes les pièces de monnaie que l'imprudence ou la perversion des idées peuvent amener dans l'intérieur de l'estomac.

Les corps étrangers arrêtés dans la cavité stomacale ont déjà dû franchir le canal œsophagien; ils sont insolubles dans le suc gastrique et trop volumineux ou trop irréguliers pour franchir le pylore.