

## CHAPITRE II

## TUMEURS DES PAROIS ABDOMINALES.

Les caractères anatomiques et cliniques spéciaux, l'aspect particulier des tumeurs de l'ombilic motivent une description à part. — Cette première élimination faite, il convient d'en faire une seconde, plus importante encore, relative aux tumeurs d'origine herniaire qui viennent faire saillie dans les diverses régions des parois de l'abdomen. — Ce sont bien là sans doute des tumeurs incluses dans les parois abdominales; mais leur histoire ne saurait être séparée sans grands inconvénients de l'étude des hernies.

Disons-le tout de suite, parmi les tumeurs proprement dites des parois abdominales, une seule classe doit appeler l'attention et mériter une étude approfondie, ce sont les fibromes, encore appelés tumeurs fibreuses péripelviennes.

Les autres sont plus rares, ou ne présentent aucun caractère particulier à la région qui nous occupe; nous les signalerons rapidement dans un second chapitre.

§ 1. *Fibromes des parois abdominales.*

Cette dénomination, qui ne préjuge rien sur les connexions de la tumeur, nous semble préférable à celle de *tumeur fibreuse péripelviennne*, souvent employée aussi pour qualifier les tumeurs dont il s'agit.

**Historique.** — Une observation de Sappey, publiée en 1858, ayant passé inaperçue, c'est Huguier qui, le premier, attira l'attention sur ces tumeurs, dans une communication faite à la Société de chirurgie en 1860 et suivie d'une discussion. Il les appelait tumeurs fibreuses de la fosse iliaque; des faits semblables furent alors rapportés par Michon et Nélaton. L'année suivante (1861), Bodin en fit le sujet de sa thèse inaugurale; en 1862, Nélaton y consacra une de ses cliniques, et deux ans après parut une intéressante communication de Chéron sur l'évolution de ces fibromes. — Puis une longue période de silence, aucun fait nouveau ne venant ranimer la discussion tombée.

— En 1875, elle fut reprise par Tillaux à l'occasion d'un fait sur lequel nous aurons à revenir. — Guyon et Verneuil apportèrent des observations neuves; celles de Guyon ont été consignées dans la *Tribune médicale* de 1876; la même année, la Faculté de Paris reçut également la thèse de Salesse.

Plus récemment, dans une thèse de 1885, M. Guerrier a recueilli tous les cas publiés jusqu'à lui, au nombre de 44, dont deux ou trois peut-être ne méritent pas le nom de fibromes; la thèse de M. Damalix (1886) termine la liste de ces travaux.

**Anatomie pathologique.** — 1<sup>o</sup> *Siège.* Les fibromes intrapariétaux se développent en général au voisinage de l'arcade crurale et de la partie antérieure de la crête iliaque; quelquefois ils sont plus rapprochés des fausses côtes, enfin on les a observés dans les points intermédiaires. — Ce sont donc presque toujours des tumeurs de la paroi latérale de l'abdomen; on pourrait encore ajouter qu'elles se développent en général dans la partie profonde de cette paroi, dans la couche sous-péritonéale.

2<sup>o</sup> *Pédicule, connexions, adhérences.* Un des principaux caractères anatomiques de ces tumeurs, c'est leur *pédiculisation* fréquente. —

Le pédicule les relie au périoste du bassin, généralement à l'épine iliaque antérieure et supérieure, quelquefois aux fausses côtes. Nélaton en avait fait un caractère absolu de ces tumeurs; un certain nombre de faits recueillis et commentés par Guyon en 1876 ont montré que cette conclusion était trop absolue.

Pour cet auteur, ces tumeurs sont d'origine aponévrotique et non pas périostique, elles font partie d'un groupe pathologique bien défini, à savoir : *des fibromes aponévrotiques intrapariétaux*, que l'on peut rencontrer dans la région cervico-dorsale aussi bien que dans la paroi abdominale, quoique moins fréquemment. — Nous avons observé nous-même un fibrome intrapariétal de la région lombaire.

Les tumeurs dont nous parlons n'ont donc, en général, pas de connexions directes avec les muscles, qui sont seulement étalés à leur surface. Mais elles sont plus ou moins confondues avec les feuilletts fibreux profonds de la paroi. Elles adhèrent assez fréquemment à l'arcade de Fallope.

Une adhérence intime existe souvent encore à la face externe du péritoine, et il est facile de prévoir toute l'importance et toute la gravité thérapeutique de cette connexion.

3° *Examen macroscopique.* A la coupe, la tumeur présente la couleur blanc grisâtre et l'aspect feutré des fibromes; tantôt les fibres y sont disposées circulairement autour d'un ou de plusieurs noyaux, tantôt elles ont un aspect plexiforme.

4° *Examen microscopique.* Histologiquement, ce sont ordinairement des *fibromes purs*, c'est-à-dire des tumeurs constituées par du tissu conjonctif complètement développé, à l'état de fibres.

Quelquefois on aurait noté des cellules fibroplastiques, mais alors ce sont des sarcomes, des tumeurs fibroplastiques qui offrent pendant une période plus ou moins longue tous les caractères des fibromes. A un certain moment de leur existence, les caractères cliniques de ces tumeurs ainsi que leur évolution les font reconnaître pour de véritables sarcomes; il s'agit d'ailleurs de faits rares, à peine entrevus. — Dans un fait de Panas (1875) rapporté par Duplay, on a trouvé des fibres musculaires incluses dans la tumeur.

Extérieurement la tumeur est bien nette, bien distincte des parties voisines, facile à décortiquer, à énucléer; c'est un caractère de plus pour établir sa bénignité.

**Étiologie.** — Fait bien curieux, ces tumeurs se développent toujours chez des femmes, et chez des femmes jeunes en général, de 17 à 55 ou 56 ans. — Tillaux a cependant rapporté une tumeur de ce genre chez un homme; toutefois le siège et la nature de la tumeur établissent quelque différence avec les vrais fibromes pariétaux.

**Symptomatologie.** — Au début la tumeur passe le plus souvent inaperçue, comme presque toutes les tumeurs indolentes; c'est par hasard, en y portant la main, en faisant un effort, en recevant un coup sur cette région, que les malades s'aperçoivent de l'existence d'une tumeur, qui a déjà un certain volume, et qui siège, comme nous l'avons dit, le plus souvent un peu au-dessus de l'arcade de Fallope.

La tumeur ne tarde pas à augmenter de volume; parfois elle devient un peu sensible; elle se présente alors avec les caractères suivants: la paroi abdominale est soulevée dans une étendue variable, par une tumeur généralement ovoïde, plus ou moins aplatie, de consistance dure, à surface lisse et polie, non bosselée, bien circonscrite. — Les dimensions en sont très variables, depuis le volume d'une tête d'adulte dans un cas de Broca, jusqu'à celui d'une petite pomme.

La tumeur a peu de connexions avec les muscles, mais sa situation

intrapariétale est telle, que ceux-ci ne peuvent se contracter sans la fixer, et cette fixation par la contraction musculaire constitue, avec la mobilité de la tumeur quand les parois sont relâchées, un des meilleurs signes du siège intrapariétal du néoplasme.

L'exploration des parties voisines révèle quelquefois l'existence d'une adhérence à l'arcade de Fallope, d'un pédicule rattaché au périoste du bassin, principalement à l'épine iliaque antérieure et supérieure; les tractions exercées sur la tumeur font reconnaître très nettement l'existence de ce pédicule; quant à l'adhérence péritonale, lorsqu'elle existe, il n'y a guère moyen de la soupçonner avant l'opération.

Les règles ont peu d'influence sur l'évolution de la tumeur. Il n'en est pas ainsi de la grossesse qui détermine parfois un accroissement notable.

L'évolution est lente, peu douloureuse; la tumeur ne menace pas l'existence; elle ne s'accompagne pas de cachexie; son énucléation est facile; c'est donc une tumeur bénigne. Malheureusement son accroissement est indéfini.

Une autre réserve doit être faite à ce pronostic bénin, et elle a une grande importance: je veux parler des dangers que l'adhérence péritonéale peut faire courir à la malade pendant l'opération.

**Diagnostic.** — Un premier point de diagnostic consiste à distinguer une tumeur pariétale d'une tumeur intra-abdominale mobile, comme un fibrome utérin ou un kyste ovarique.

Les pressions exercées directement sur l'abdomen ne donnent aucune idée de l'épaisseur des tissus qui séparent les doigts d'une masse solide sous-jacente. La sensation fournie par une tumeur superficielle ou par une tumeur profonde est toujours la même; mais, dans les tumeurs pariétales, on peut quelquefois, avec la main, refouler la paroi abdominale sur les côtés de manière à engager l'extrémité des doigts derrière la tumeur. — Un signe plus important encore réside dans la mobilité de la tumeur pendant le relâchement des muscles de l'abdomen, et sa fixité dans la contraction de ces mêmes muscles; ce caractère est absolument propre aux fibromes de la paroi. Il ne faut pas oublier néanmoins que la mobilité n'est pas la même dans tous les sens, et qu'elle est en particulier limitée quelquefois par un pédicule implanté au voisinage de la ceinture du bassin. — Enfin les fibromes utérins, les tumeurs ovariennes, ont des signes propres qui font défaut dans les tumeurs des parois de l'abdomen.

Le diagnostic est parfois plus difficile à faire avec certaines tumeurs herniaires : entéro-épiplocèles, épiplocèles irréductibles indurées; mais nous ferons remarquer que les fibromes des parois abdominales, sans en être bien éloignés d'ailleurs, ne se développent guère dans les principales régions herniaires; que leur pédicule est plutôt dirigé vers l'épine iliaque antérieure et supérieure que vers les anneaux inguinaux eux-mêmes; enfin que la tumeur fibreuse péripelvienne est une production à surface lisse, à consistance égale, mate dans toute son étendue. Au contraire, une entéro-épiplocèle présente des parties sonores et des portions mates; la surface de l'épiplocèle est inégale et bosselée, et toute tumeur herniaire peut être en partie réductible. Les autres tumeurs développées dans la paroi ont une étiologie particulière : phlegmons chroniques, hématomes intramusculaires, etc., ou des caractères spéciaux qui permettront de les reconnaître.

Les exostoses, les ostéosarcomes, les enchondromes du bassin prèteraient encore à la confusion, si elles n'étaient pas nettement sessiles, de consistance plus dure, ou d'une évolution spéciale qui appelle l'attention.

**Traitement.** — On a essayé de déterminer l'atrophie de ces tumeurs à l'aide du séton, de la ligature du pédicule; mais, après bien des accidents, les résultats ont été si peu satisfaisants qu'une seule méthode a fini par s'imposer : l'ablation par l'instrument tranchant. Si la tumeur est facilement isolable du péritoine, il sera très aisé de l'énucléer à travers une incision des parois faite suivant son grand axe. Si au contraire elle adhère à la séreuse, le chirurgien se trouve en présence de deux partis : ou bien laisser une simple plaque de la tumeur dans la partie adhérente au péritoine, ou bien au contraire enlever la portion de cette membrane qui adhère à la tumeur, et suturer les lèvres de la boutonnière ainsi obtenue. Le dernier parti seul nous paraît aujourd'hui vraiment chirurgical. Les opérations de ce genre devant être faites avec toutes les précautions antiseptiques usitées pour la laparatomie, l'ouverture de l'abdomen n'ajoute pas grand'chose à leur gravité. Dans un bon nombre de faits malheureux, même assez récents, les opérateurs avaient ménagé le péritoine, et c'est une question de savoir si la dénudation très étendue de cette membrane n'est pas tout aussi grave que l'ablation d'une petite partie suivie d'une suture bien faite.

On cherchera donc à ménager le péritoine autant que possible, sans s'inquiéter outre mesure du cas où il deviendrait nécessaire de l'ouvrir, voire même de le réséquer dans une certaine étendue.

### § 2. Tumeurs en général.

La plupart des autres tumeurs ne méritent qu'une simple mention : les *kystes sébacés*, *tumeurs érectiles*, *épithéliomas*, n'empruntent 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 des 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 treize 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 péritonéale. 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.

### § 5. 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 naevi (une observation de Chassaignac, *Bull. Soc. de chir.* 1855), enfin, pour être complet, quelques lymphocèles signalés 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<sup>o</sup> *Excroissance fongueuse de l'ombilic*. — Au moment de la chute du cordon, ou pour mieux dire dans les jours qui suivent (du 4<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> 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° *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, Damaschino, 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 en cas de tumeur bien 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

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA PORTION ABDOMINALE DU TUBE DIGESTIF

#### CHAPITRE PREMIER

##### CORPS ÉTRANGERS

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.