

soient constitués, si l'on peut dire; en un mot, lorsqu'ils sont à l'état d'hématome consécutif à la rupture musculaire. J'ai fait l'autopsie d'un typhique auprès duquel Duguet m'avait appelé pour ouvrir un de ces abcès (1) et qui mourut ultérieurement d'une syncope, alors que l'abcès était absolument guéri. Nous avons trouvé une anse intestinale accolée à la paroi au niveau de l'ancien abcès, et si je n'étais pas intervenu de bonne heure, une fistule intestinale était imminente.

II. — TUMEURS DES PAROIS ABDOMINALES.

Les tumeurs le plus fréquemment observées dans les parois de l'abdomen sont liées à l'évolution des hernies ombilicales, paraombilicales, inguinales; elles sont étudiées plus loin par M. Jaboulay.

Quant aux autres tumeurs, si on met à part celles qui se développent au niveau de l'ombilic, il faut se garder d'étudier sur le même plan celles qui se rencontrent exceptionnellement et celles qui empruntent à leur siège, dans les parois de l'abdomen, une physionomie spéciale. D'où la division en : 1° *tumeurs de l'ombilic*; 2° *fibromes des parois abdominales*; 3° *tumeurs rares ou banales*.

1° Tumeurs de l'ombilic. — On trouve au niveau de l'ombilic diverses tumeurs banales, des *kystes sébacés*, des *papillomes*, des *tumeurs verruqueuses*, de véritables petits choux-fleurs pédiculés, décrits par Holmes et faciles à enlever d'un coup de ciseau (2).

On trouve encore quelques *nævi* peu importants et une série de *tumeurs congénitales* peut-être développées aux dépens des vestiges du canal omphalo-mésentérique; ce sont des *granulomes* ou des *adénomes* qui ont été étudiés par Kuster (3) et qui sont constitués histologiquement « par un amas de glandes tuberculeuses, de fibres lisses et de vaisseaux au centre de la tumeur ».

Arrêtons-nous seulement à deux d'entre elles : A. les *fongosités de l'ombilic*; B. le *cancer de l'ombilic*.

A. FONGOSITÉS DE L'OMBILIC. — La synonymie est variée : c'est le *fungus ombilical des nouveau-nés*, de Dugès (4); c'est l'*excroissance fongueuse de l'ombilic*, de Nélaton; c'est le *fungus vasculaire ombilical des nouveau-nés*.

Virchow distingue le granulome et le *nævus*; Kuster y joint l'*adénome*. Je renvoie, pour les détails, aux Mémoires de Chandelux (5), de Lannelongue et Frémont (6).

(1) Voy. la thèse de KIEFFER, Paris, 1895, n° 127.

(2) Voy. le Mémoire de BLUM, *Arch. de méd.*, 1876, la thèse de CODEL DE BOISSE, en 1883, la thèse de VILLAR (de Bordeaux), *Tumeurs de l'ombilic*, Paris, 1886.

(3) KUSTER, *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie*, Band LIX.

(4) DUGÈS, *Dict. de méd. et de chir. prat.* en 15 vol., 1834, t. XII, p. 159.

(5) CHANDELUX *Arch. de phys.*, 1881.

(6) LANNELONGUE et FRÉMONT, *Arch. de méd.*, 1884.

Anatomiquement, on trouve la constitution du bourgeon charnu avec de nombreux vaisseaux grêles, serpentant entre des cellules fusiformes et, en dehors de ces granulomes, on rencontre, comme dans les 11 observations de la thèse de Villar, de véritables adénomes avec des glandes en tubes, des cellules intestinales, des fibres lisses et des vaisseaux.

Cliniquement, les fongosités de l'ombilic s'observent à la chute du cordon, sous la forme d'un bourgeon rouge vif, saignant, plus ou moins pédiculé, comme une petite cerise.

Il ne faut pas laisser cette petite tumeur s'accroître; un coup de thermocautère en a facilement raison.

B. CANCER DE L'OMBILIC. — L'épithélioma de l'ombilic est plus fréquent que les tumeurs bénignes; il est primitif ou secondaire.

Le *cancer secondaire* n'est que l'extension ou la propagation au nombril d'un cancer viscéral de l'estomac, de l'épiploon, de l'intestin, etc. Damaschino, Villar, Michaux en ont cité d'intéressants exemples. Ces propagations sont pourtant rares eu égard à la fréquence des cancers profonds de l'abdomen. Inutile d'ajouter qu'il n'y a pas à songer, en pareil cas, à une intervention utile.

Le *cancer primitif* est un épithélioma développé sur la cicatrice ombilicale. Fr. Villar en cite 23 cas pour 18 de cancers secondaires. C'est une plaque indurée, violacée, qui est parfois cachée sous un bourrelet de peau saine. Fait à retenir : il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire.

Le seul traitement à faire est l'omphalectomie. C'est donc une véritable laparotomie qu'on pratiquera avec toutes les précautions voulues.

2° Fibromes des parois abdominales. — L'étude de cette question date seulement de 1860; c'est Huguier qui, le premier, a réuni les observations de Sappey, de Limauge, de Langenbeck, de Bouchacourt, de Paget, de Santesson, publiées depuis 1850, et suscité une importante discussion à la Société de chirurgie.

Citons, parmi les travaux les plus importants, ceux de Guyon (1), de Salesse (2), de Nicaise, de Damalix (3), de Terrillon, de Labbé (4) de Guerrier (5), et à l'étranger, ceux de Cornils (6), de Buntz et Boye (du Danemark), de Suadicani (7), de Grätzer (8), de Shlifossowski (de Moscou) (1882), de Hertzog (1883), de Bruntzel et de Sängner.

(1) GUYON, *Trib. méd.*, 1876, 1877.

(2) SALESSE, thèse de Paris, 1876.

(3) DAMALIX, thèse de Paris, 1886.

(4) LABBÉ, *Traité des fibromes de la paroi abdominale*, Paris, 1888 (avec Ch. RÉMY).

(5) H. GUERRIER, thèse de Paris, 1883.

(6) CORNILS, thèse de Kiel, 1865.

(7) SUADICANI, thèse de Kiel, 1875.

(8) GRATZER, *Inaug. Dissert.* Breslau, 1879.

Pathogénie. — Un fait capital domine l'histoire de ces fibromes pariétaux, c'est qu'ils se rencontrent exclusivement chez les jeunes femmes.

On cite par exception quelques rares observations chez l'homme : en particulier un cas de Paget, un cas de Tillaux. Sur les 100 faits réunis par Labbé et Remy, on en relève 4 chez l'homme, dont les deux précédents, celui de Sappey et celui de Limauge. Mais, suivant la remarque de Michaux, « ces faits peuvent donner prise à quelques discussions ». En somme, c'est une affection de la femme, et de la femme jeune, dans la période de l'activité sexuelle.

Labbé et Remy notent dans toutes les observations une relation entre l'accouchement et l'apparition de ces tumeurs. Ils incriminent les éraillures, les déchirures aponévrotiques et musculaires qui se produisent pendant les efforts.

Par une coïncidence bizarre, les deux seuls cas que j'ai observés ont trait à des jeunes filles qui n'avaient jamais eu d'enfant. C'est alors qu'on fait intervenir les traumatismes et les contusions de l'abdomen. Nous allons voir qu'on peut invoquer une pathogénie moins banale. Deux opinions ont cours :

1° Les uns, avec Huguier, Bodin, Nélaton, Nicaise, etc., insistent sur la présence d'un pédicule qui relie ces tumeurs aux os du bassin, à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et même aux fausses côtes; ils leur assignent une *origine ostéo-périostique*.

2° Les autres, avec Guyon, Cornils (de Kiel), Esmarch, etc., montrent que ce pédicule osseux n'est pas constant et que, lorsqu'il existe, on peut penser qu'il y a eu là une adhérence secondaire. Ils inclinent pour une origine *fibro-musculaire*, et placent leur point de départ dans les aponévroses et dans les tissus fibreux de la paroi.

Je crois pour ma part que ces deux théories pathogéniques sont inexactes. En lisant les travaux très intéressants qui ont été publiés sur les tumeurs du ligament rond, j'ai acquis la conviction que presque tous les fibromes de la paroi abdominale sont des *tumeurs développées aux dépens de la portion intrapariétale du ligament rond*.

C'est en 1882, date du mémoire de Duplay (1), qu'on a parlé pour la première fois des tumeurs du ligament rond. En France, Pierre Delbet et Héresco (2) ont étudié les tumeurs de la portion pelvienne, qui simulent dans l'abdomen une tumeur solide de l'ovaire, et U. Guinard (3) les tumeurs extra-abdominales qui descendent dans les grandes lèvres.

(1) DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1882, p. 157-276.

(2) PIERRE DELBET et HÉRESCO, Des fibromyomes de la portion abdominale du ligament rond (*Revue de chir.*, 1896, p. 607).

(3) U. GUINARD, Tumeurs extra-abdominales du ligament rond (*Revue de chir.*, janv. et fév. 1898).

A l'étranger, d'importants travaux ont approfondi la question. Sanger (1) et Leopold (2) sont surtout à consulter.

Sanger étudie à part les fibromes du ligament rond : 1° intra-péritonéaux; 2° intra-caniculaires; 3° extra-péritonéaux et 4° il note expressément une quatrième variété, dans laquelle « la tumeur se développe en des points éloignés de la paroi abdominale avec des connexions étiologiques présumées avec le ligament rond ». Ces auteurs, avec Grätzer (de Breslau), pensent que « les tumeurs de la paroi abdominale ont, au point de vue étiologique, anatomique et clinique, de nombreux points de contact avec les tumeurs fibreuses du ligament rond ».

La division clinique des tumeurs du ligament rond est plus pratique que celle de Sanger, et nous dirons avec U. Guinard qu'elles sont *intra-pariétales, intra-abdominales, ou extra-abdominales*. Les tumeurs intra-pariétales seules nous intéressent ici : ce sont les tumeurs fibromateuses de la paroi abdominale.

Cette *origine génitale*, que j'oppose formellement à l'*origine ostéo-périostique* et à l'*origine fibro-musculaire*, explique très bien, comme nous l'allons voir, la plupart des particularités étiologiques qui caractérisent ces tumeurs.

D'abord ces fibromes sont presque toujours uniques et ne se rencontrent que chez les femmes jeunes; on n'en a jamais trouvé sur la ligne médiane ni à l'ombilic; c'est toujours, ou presque toujours « la région ilio-inguinale qui en est le siège ». On en cite (Michaux) un très volumineux qui descendait jusqu'au genou; enfin, leur pédicule osseux, longtemps classique, n'existe pas. Labbé disait déjà : « Le pédicule n'existe pas souvent, s'il a jamais existé. » Tout cela se rapporte bien à des tumeurs intra-pariétales du ligament rond. Quant aux tumeurs observées chez l'homme, c'étaient sans doute des fibro-sarcomes aponévrotiques.

A la coupe, c'est du tissu fibreux pur qu'on peut décortiquer d'une capsule grisâtre; mais ne sait-on pas que c'est aussi l'aspect des fibro-myomes de l'utérus; et, de fait, si le microscope les a montrés, le plus souvent, constitués par du tissu fibreux pur, on cite des cas, comme celui de Panas (1873) (rapporté par Duplay), où des fibres musculaires lisses en faisaient de véritables fibro-myomes.

On n'y signale ni tissu élastique, ni vaisseaux importants. A la surface, la capsule est parfois sillonnée d'énormes veines béantes comme de véritables sinus.

Symptômes. — Ce sont des tumeurs indolentes qui se dévelop-

(1) SANGER, *Arch. für Gynæk.*, Bd. XVI, p. 265. — Nouvelle contribution à l'étude des tumeurs conjonctives des ligaments de l'utérus et principalement des tumeurs du ligament rond (*Arch. für Gynæk.*, Bd. XXI, 1883, p. 278).

(2) LEOPOLD, *Arch. für Gynæk.*, Bd. XXI, 1883, p. 412.

pent lentement et qui passent longtemps inaperçues dans l'épaisseur de parois plus ou moins surchargées de graisse. Elles sont situées latéralement ; leur forme est arrondie, ovoïde, et la palpation ne décèle, ni bosselures, ni irrégularités.

La véritable caractéristique, c'est que les contractions des muscles abdominaux, les immobilisent et les fixent ; dès que les muscles se relâchent, elles retrouvent leur mobilité dans tous les sens et l'on sent parfois les adhérences qu'elles ont pu prendre secondairement avec l'arcade crurale, l'épine, ou la crête iliaque, etc.

Au point de vue de leur *évolution*, ce sont des tumeurs bénignes qui peuvent rester stationnaires pendant dix ou quinze ans, et il n'est pas rare de voir noter dans les observations qu'elles subissent une poussée d'accroissement à chaque nouvelle grossesse et même au moment des règles ; c'est là encore une preuve de plus que leur origine doit être placée dans le ligament rond, cet organe participant à l'hypertrophie de tout le système génital pendant la grossesse.

Diagnostic. — C'est le diagnostic des tumeurs siégeant dans la paroi et non dans la cavité abdominale ; ces dernières, kystes de l'ovaire, tumeurs de l'utérus, de l'épiploon, etc., ont des signes propres, mais, avec la conception pathogénique nouvelle que j'ai adoptée, il est clair que certains fibromes du ligament rond pourront siéger à la fois dans l'abdomen et dans la paroi ; empiétant sur l'un et sur l'autre, l'erreur est alors presque inévitable.

Une véritable difficulté entoure parfois le diagnostic de certaines hernies inguinales, surtout des épiplocèles intra-pariétales ou péritonéales ; il faut toujours y penser.

Citons encore les sarcomes du bassin, les chondromes, les exostoses, les sarcomes aponévrotiques, etc.

Traitement. — Les fibromes de la paroi abdominale doivent être enlevés avant qu'ils n'aient atteint un volume considérable.

Il n'est plus de mise, aujourd'hui, de discuter pour savoir s'il faut décoller le péritoine ou le réséquer ; j'ai le souvenir d'une de mes malades à qui Verneuil enleva un de ces fibromes qui avait le volume des deux poings ; il mit tous ses soins à décoller le péritoine sans l'ouvrir. L'opérée n'en succomba pas moins à une infection du péritoine ; il y a de cela dix-huit ans.

Aujourd'hui on se gardera, si les adhérences au péritoine sont étendues, de laisser la séreuse flottante dans le ventre et je conseille formellement avec Esmarch, Sanger, etc., de réséquer franchement le péritoine attaché à la tumeur et de faire ensuite une suture soignée, plan par plan, qui assure une bonne restauration de la paroi et s'oppose à une éviscération consécutive ; c'est dire que l'on devra, en prenant le bistouri, s'attendre à faire une large laparotomie avec toutes les précautions habituelles que comporte cette intervention.

3° Tumeurs rares ou banales. — Citons pour mention les *nævi*, les *tumeurs sébacées*, les *épithélioma*, les *gommés*, qui n'ont sur la peau de l'abdomen aucune caractéristique ; citons encore les *surcharges graisseuses*, la *lipomatose des parois* avec ses plis excoriés, suintants, eczémateux.

J'ai observé, avec Peyrot, une malade chez qui le développement du tissu graisseux de l'abdomen, avait acquis des proportions phénoménales. Après avoir enlevé un énorme lipome sous-péritonéal, semblable à ceux des observations de Broca père, et de Candy d'Agde, nous pûmes constater que l'épiploon et tous les mésentères étaient surchargés de masses graisseuses ; chaque frange épiploïque du gros intestin était un véritable lipome. On pouvait ainsi compter dans l'abdomen un nombre considérable de tumeurs graisseuses d'un volume variant entre la grosseur d'une pomme et celle d'une tête d'enfant ; il fut impossible de faire une opération utile, et la malade succomba ultérieurement.

Deux tumeurs seulement doivent être classées ici : 1° les *kystes hydatiques* ; 2° les *kystes séreux sous-péritonéaux*.

1° **KYSTES HYDATIQUES.** — C'est Moutet (de Montpellier) qui a parlé le premier des kystes hydatiques siégeant autour de l'ombilic dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ces kystes ne sont remarquables que par la lenteur extrême de leur évolution, trente-cinq ans dans un cas de Courty ; ce sont des tumeurs rares.

Plus fréquents et plus intéressants, sont les kystes hydatiques de la région rétro-vésicale étudiés par Tuffier (1). Je renvoie à son Mémoire, qui est accompagné d'indications bibliographiques très complètes, depuis l'étude de Charcot (2) en 1852.

Se basant sur 74 observations, Tuffier a montré que Legrand (3) avait, à tort, placé ces kystes dans l'épaisseur de la paroi vésicale ; ils se développent dans le tissu cellulaire rétro-vésical et tendent à gagner la région hypogastrique, où ils viennent faire saillie. Il faut bien dire qu'ils sont le plus souvent l'occasion d'une erreur de diagnostic.

2° **KYSTES SÉREUX SOUS-PÉRITONÉAUX.** — Chassaignac et Cruveilhier ont décrit des kystes séreux dans le tissu cellulaire sous-péritonéal en avant ou au niveau du psoas.

Grisolle et Bernutz n'admettaient pas leur existence.

Ce que j'ai lu sur ce sujet me porte à croire qu'il s'agissait, dans les cas publiés, de tuberculose enkystée du péritoine.

(1) TUFFIER, De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques de la région rétro-vésicale (*Congrès de chir.*, 1891, p. 569).

(2) CHARCOT, *Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 540.

(3) LEGRAND, thèse de Paris, 1885.