

Grâce à l'antisepsie, on n'a plus à se gêner de nos jours d'enlever des portions de péritoine lorsque la tumeur a contracté des adhérences avec la face externe de cette membrane.

D'une façon générale, le pronostic des fibromes intra-pariétaux n'est pas mauvais. Qu'il s'agisse d'un fibrome pur, d'un fibro-sarcome, d'un myxo-sarcome ou d'un mélange de ces différentes formes, ces tumeurs ont un lien de parenté avec les néoplasies inflammatoires. Souvent elles se développent à la suite de grossesses, et on les a maintes fois considérées comme des callosités qui se formeraient au niveau de cicatrices du tissu musculaire à la suite de déchirures de ce dernier. Dans ce cas, les autres fibromes seraient justiciables de la même interprétation. Un fait certain, c'est que ces tumeurs sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes, surtout chez celles qui ont eu des enfants, que chez les hommes. Sur 42 cas rassemblés par GUERRIER, on compte 39 femmes et 3 hommes. D'après SÆNGER, sur 70 tumeurs, 60 étaient des fibromes purs. Suivant ce dernier auteur, les fibromyxomes seraient d'origine intra-abdominale. L'opération de ces diverses tumeurs doit être pratiquée de bonne heure, car elle fait courir d'autant plus de dangers que les adhérences avec le péritoine sont plus étendues.

Les **lipomes** des parois abdominales ne sont point rares, et la plupart d'entre eux sont pédiculés. Ils naissent dans le tissu sous-séreux, traversent l'un des orifices par lesquels sortent les hernies ou quelque lacune des feuillet aponévrotiques ou de la ligne blanche, et apparaissent sous la peau pour y constituer des tumeurs étalées en forme de champignons. Nous parlerons plus loin de leurs relations avec les hernies. Souvent il est difficile de reconnaître si le lipome est accompagné d'un sac herniaire, ou si la tumeur ne consiste pas elle-même en un sac herniaire rempli de tissu adipeux ou d'une masse épiplôïque. Mais comme, en général, ces tumeurs, grâce à leur innocuité, ne sont point justiciables d'une intervention opératoire, cette difficulté de diagnostic est de peu d'importance. Dans quelques cas on a vu des lipomes nés du tissu sous-séreux se développer d'une façon diffuse et donner lieu à des tumeurs volumineuses. On a également observé et opéré plusieurs fois de gros lipomes siégeant derrière le péritoine (MADELUNG, HOMANS).

Quant à l'opération des fibromes intra-pariétaux, elle doit être pratiquée absolument avec les mêmes précautions que s'il s'agissait d'une tumeur intra-abdominale. Il n'est pas rare, il est vrai, que l'on réussisse à détacher la tumeur de l'aponévrose sous-jacente au-dessus de l'os iliaque, ou à extirper une tumeur de la gaine du muscle droit sans ouvrir la cavité abdominale. On devra alors pratiquer la suture des muscles et aponévroses, afin d'éviter qu'il ne reste un point faible des parois; on introduira plusieurs drains dans la plaie, ou bien on fera une hémostase très complète. Mais dans un grand nombre de cas l'ouverture de la cavité abdominale est inévitable, soit que, malgré toutes les pré-

cautions, le péritoine se déchire au moment où on le détache de la tumeur, soit qu'il existe des adhérences trop intimes pour que la séparation soit possible; aussi, lorsque la tumeur est de grande dimension, l'opérateur se voit-il parfois obligé d'enlever des lambeaux de péritoine et de paroi abdominale aussi grands et même plus grands que la main. Lorsque le péritoine est soudé au néoplasme sur une grande étendue, on ne suivra pas le procédé de SÆNGER qui consiste à soulever la tumeur, à jeter une ligature en masse sur le péritoine (qui se trouve ainsi fermé comme une blague à tabac) et à exciser ensuite le fibrome au-dessus de cette ligature, mais on extirpera, au contraire, toute la tumeur avec le péritoine qui lui est adhérent. Si possible, on fera la suture de la paroi musculo-aponévrotique. Dans le cas où l'on en aurait reconnu l'impossibilité, il ne resterait plus qu'à rapprocher fortement les bords cutanés, à les appliquer l'un contre l'autre par leurs faces profondes, et à les réunir dans cette position par des points de sutures. SKLIVASOWSKY réussit par ce moyen à rendre la vie supportable à une femme à laquelle il avait été obligé d'enlever la moitié de la paroi abdominale. Une observation rigoureuse des règles de l'antisepsie est absolument nécessaire pendant l'opération et les pansements.

§ 37. — **L'ombilic** est relativement souvent le siège de tumeurs, qui peuvent avoir pour origine soit les replis de la peau de l'ombilic, soit la cicatrice ombilicale et les restes du trajet ombilical. Les néoplasmes développés à ce niveau chez l'adulte, à savoir les carcinomes épithéliaux, les squirres, les papillomes, n'offrent aucun intérêt particulier et doivent être traités d'après les mêmes principes que les tumeurs de la peau d'autres parties du corps. Il en est de même des petites tumeurs de granulation qui se développent parfois après la chute du cordon, et qui sont sans grande importance.

Par contre, nous avons à mentionner ici une série d'anomalies qui se manifestent sous la forme de tumeurs particulières, solides ou kystiques, ou de fistules s'ouvrant au niveau de l'ombilic. Les plus intéressantes de ces anomalies doivent être ramenées, au point de vue étiologique, à certaines particularités du développement embryonnaire du cordon ombilical et de l'ombilic. Ce n'est que dans le cours des dernières années qu'elles ont été décrites exactement et que l'on en a reconnu la véritable nature. Les détails dans lesquels nous allons entrer, nous les avons empruntés à un travail que TILLMANNS a publié à l'occasion d'un cas observé par lui-même.

Dans le cordon ombilical du fœtus humain on trouve, outre les vaisseaux, deux conduits embryonnaires; l'un d'eux fait communiquer, dans la première période fœtale, la vésicule ombilicale avec la partie inférieure de l'iléon; c'est le conduit omphalo-mésentérique (ou vitello-intestinal); l'autre conduit formé par l'allantoïde, s'étend de la vessie à l'ombilic et est connu sous le nom **d'ouraue**. Au moment de la nais-

sance ces deux canaux doivent, à l'état normal, être oblitérés depuis longtemps : lorsque, au contraire, ils restent ouverts, ils peuvent être le point de départ de troubles pathologiques variés.

Pour ce qui concerne d'abord le **conduit omphalo-mésentérique**, on a observé des cas où il restait ouvert depuis l'ombilic jusqu'à son embouchure dans l'extrémité inférieure de l'iléon (diverticule de MECKEL). Il en résulte une fistule donnant issue à du mucus coloré, d'odeur stercorale, ou à des matières fécales en quantité très variable. La muqueuse du conduit peut faire prolapsus au niveau de l'ombilic. On a même vu une portion de la muqueuse de l'intestin grêle arriver jusqu'à l'anneau ombilical le long du diverticule et du conduit dilaté, pour faire saillie à l'extérieur. Au point de vue du diagnostic différentiel, il importe de rappeler que l'on a observé des cas dans lesquels une petite hernie ombilicale liée en même temps que le cordon avait été l'origine d'une fistule stercorale. A un âge plus avancé des fistules stercorales peuvent se former au niveau de l'ombilic à la suite de causes très diverses, quelquefois également par gangrène d'une anse d'intestin dans une hernie ombilicale. Parfois aussi on a vu des fistules intestinales s'ouvrir au niveau de l'ombilic, sans qu'auparavant on eût constaté de hernie dans cette région ; il est même arrivé que divers entozoaires se sont échappés par la fistule qui ensuite se fermait rapidement. La perforation de l'intestin au niveau de l'ombilic a été observée aussi plusieurs fois à la suite d'une entérite tuberculeuse avec péritonite localisée (ZIEHL). Enfin la vésicule biliaire peut être également le point de départ d'une perforation livrant passage à des calculs.

Revenons après cette digression au conduit omphalo-mésentérique. Ce dernier, dans d'autres cas, peut rester ouvert dans toute sa longueur jusqu'à l'ombilic, mais être fermé au niveau de l'anneau ombilical. D'autres fois il persiste sous la forme d'un cordon solide allant de l'iléon à l'ombilic. Dans le premier cas le diverticule se remplit de méconium et peut ensuite s'ouvrir au niveau de l'anneau ombilical. Mais la plupart des anomalies ou formations analogues à des tumeurs s'observent dans les cas où le conduit omphalo-mésentérique s'est oblitéré du côté de l'intestin, à une distance variable de ce dernier, mais est resté ouvert du côté de l'ombilic. Dans ces conditions on observe habituellement, au niveau de l'orifice ombilical, un bourrelet de volume variable, d'un rouge vif et formé d'une couche superficielle muqueuse (glandes de LIEBERKUHN), et d'une couche profonde (tunique musculaire, etc.). Dans un cas où une hémorragie violente et répétée nécessita une opération, je constatai une tumeur recouverte par la peau de la région ombilicale et présentant à son sommet l'orifice d'une fistule. Après l'extirpation il se trouva que la tumeur présentait à son centre une cavité dont la paroi interne était constituée par une muqueuse formant des plis ; la couche externe de la paroi était en contact direct avec la peau de l'ombilic. L'extirpation fut suivie

de guérison sans fistule. Lorsque l'extrémité ombilicale s'oblitére, tandis qu'une portion du canal reste ouverte, il peut se former un kyste à surface interne tapissée par l'épithélium intestinal. ROSER paraît avoir observé un cas de ce genre.

Vu la possibilité d'une confusion avec des fistules intestinales dues à la constriction d'une hernie ombilicale lors de la ligature du cordon, les tumeurs que nous venons de décrire doivent être explorées avec soin et opérées avec précautions. En règle générale, l'opération consiste dans la ligature, la destruction par le fer rouge ou l'extirpation de la petite tumeur, ou bien encore dans l'excision de la muqueuse du conduit. S'il s'agit d'une fistule stercorale, on pourra pratiquer l'avivement et la suture.

L'ouraque est plus rarement l'origine de troubles pathologiques. LUSCHKA, le premier, a démontré que parfois une portion de ce conduit reste ouverte au-dessus de la vessie. Des kystes peuvent alors s'y former, et il en est de même lorsque le conduit s'est oblitéré au niveau de la vessie et de l'ombilic, mais est resté ouvert dans la partie intermédiaire. Dans le cas de HOFFMANN une fistule vésico-ombilicale qui avait existé pendant la jeunesse du malade, devint dans la suite le point de départ d'un carcinome. De gros kystes ont été observés par HOFFMANN et ROSER-WOLF. Dans un cas de ROSER le kyste communiquait avec la vessie et produisait des troubles de la miction. La guérison fut obtenue par un cathétérisme pratiqué régulièrement, de façon à maintenir la vessie à l'état de vacuité. Dans un autre cas ROSER extirpa chez une femme un kyste qui avait presque le volume de la tête, était rempli de pus et d'eau, et se trouvait situé entre le péritoine et la paroi abdominale. L'opérée guérit.

Enfin l'ouraque peut rester ouvert jusqu'à l'ombilic, et il se forme une fistule vésico-ombilicale qui sécrète tantôt plus, tantôt moins de liquide. Cette dernière anomalie a été observée principalement chez les hommes (12 fois sur 14 cas d'après SAALFELD). Assez souvent il existe en même temps un phimosis, et il suffit alors d'opérer ce dernier pour guérir la fistule. On a vu se produire aussi une fistule de ce genre à un âge avancé à la suite d'obstacles à la miction. La guérison peut être obtenue par la ligature, la cautérisation, l'extirpation, la suture. Lorsqu'il n'existe pas d'obstacle à la miction, l'urine s'écoule le plus souvent par l'urètre.

2. TUMEURS DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

§ 38. — Tandis que dans notre discussion du diagnostic différentiel nous aurons à prendre en considération des néoplasmes reconnus comme étant au-dessus des ressources de l'art, nous n'étudierons ici que