

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

les tumeurs qui ont une importance pratique en ce sens qu'elles sont accessibles à une intervention chirurgicale. L'exposé qui va suivre comprendra également les tumeurs du rein, bien que cet organe, à la vérité, ne soit pas intra-péritonéal.

Nous commencerons par les **tumeurs kystiques**, et tout d'abord nous décrirons une forme de kyste de nature parasitaire qui se développe souvent dans l'abdomen, à savoir le **kyste hydatique ou à échinocoques**. Les figures ainsi qu'une partie des remarques se rapportant à l'histoire naturelle de l'échinocoque sont empruntées au travail de HELLER (vol. III, page 295 de l'*Encyclopédie médicale* de Ziemssen).

Dans la partie supérieure de l'intestin grêle du chien, on rencontre très souvent, vivant en colonies, un tout petit tænia, long de 4 millimètres, formé de trois segments, le **tænia echinococcus**. La tête du parasite présente un proboscide fortement saillant, armé de 30 à 50 crochets disposés sur deux rangs.

On est loin de savoir toujours exactement comment les anneaux de ce vers arrivent dans l'intestin de l'homme. Cependant on comprend que cette migration soit possible si l'on songe que le chien vit beaucoup dans la société de l'homme, qu'il a une tendance à se lécher les parties du corps où ces vers qui s'échappent facilement de l'anus, restent accrochés aux poils, et une tendance non moins grande à lécher ses maîtres et amis. La fréquence des kystes à échinocoques en Islande (1 sur 7 habitants), la fréquence relative de ces tumeurs chez les bergers, etc., parlent suffisamment en faveur de l'hypothèse d'une transmission directe du tænia du chien à l'homme. Dans le Mecklembourg la fréquence des kystes à échinocoques s'explique peut-être par la déplorable habitude des habitants de ce pays de se servir des excréments frais du chien, qui sont riches en substances calcaires, pour en faire des pilules considérées comme un remède efficace dans nombre de maladies.

Fig. 10 et 11. — *Tænia echinococcus*. La petite figure montre la grandeur naturelle du parasite.

Les embryons d'échinocoques devenus libres émigrent de l'intestin et parviennent dans l'organisme par la voie des conduits biliaires ou par la veine porte ; ils se développent le plus souvent dans le foie, mais quelquefois aussi dans le poumon, les reins, la rate, l'épiploon, le cerveau, les os, les interstices de tissu conjonctif des muscles, etc. et arrivent à former des kystes énormes pouvant atteindre le volume d'une tête d'adulte et même davantage.

Les embryons d'échinocoques devenus libres émigrent de l'intestin et parviennent dans l'organisme par la voie des conduits biliaires ou par la veine porte ; ils se développent le plus souvent dans le foie, mais quelquefois aussi dans le poumon, les reins, la rate, l'épiploon, le cerveau, les os, les interstices de tissu conjonctif des muscles, etc. et arrivent à former des kystes énormes pouvant atteindre le volume d'une tête d'adulte et même davantage.

La **vésicule mère** de l'échinocoque s'entoure d'une capsule de tissu conjonctif fournie par l'organe dans lequel elle s'est formée ; elle est d'abord très délicate et transparente, d'un blanc bleuâtre, mais elle augmente bientôt de consistance et prend une coloration blanchâtre. Elle est constituée par une substance contenant de la chitine et possède une structure nettement stratifiée. La paroi interne de la vésicule est tapissée d'une couche granuleuse ou



membrane germinale qui rend cette surface irrégulière. Cette couche parenchymateuse s'épaissit par places pour former de petits mamelons creusés d'une cavité ; ce sont les **capsules proligères**, à l'intérieur desquelles naissent les scolex sous la forme de petits corpuscules coniques, qui d'abord restent unis par un pédicule creux à la paroi de la vésicule, tandis que sur

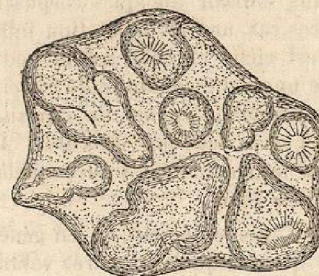


Fig. 12. — Vésicule hydatique contenant des scolex en partie libres, en parties encore adhérentes aux parois.

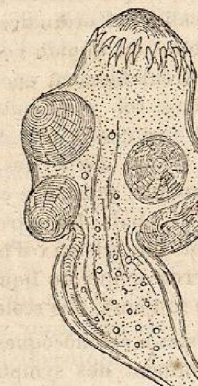


Fig. 13. — Scolex sorti de sa vésicule caudale où il était invaginé.

leur extrémité libre faisant saillie dans la cavité se forment les ventouses, et, autour de ces dernières, deux rangées de crochets (couronne de crochets). Les scolex se détachent bientôt de la paroi pour nager librement dans la cavité de la vésicule. Leur parenchyme contractile permet à la tête de sortir



Fig. 14. — Crochets d'échinocoques.

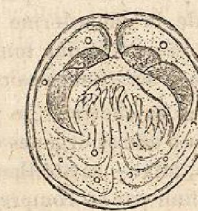


Fig. 15. — Scolex libre invaginé.

et de s'invaginer tour à tour. La substance du scolex est parsemée de concrétions calcaires stratifiées.

Ces phénomènes de prolifération de la membrane germinale ne s'observent pas dans tous les cas, et ils se produisent seulement après que la vésicule mère a atteint un certain volume. Dans le kyste hydatique de l'homme se forment toujours d'abord, et le plus souvent en grandes quantités, des vésicules filles, et c'est la paroïde ces dernières qui fournit les capsules proligères contenant les scolex ; toutefois ces dernières sont facilement détruites, et souvent on ne trouve aucun scolex dans des vésicules en apparence saines. Du reste, il arrive