

crochets, ceux-ci ont souvent manqué, même en la présence bien constatée des vésicules hydatiques : il s'agissait de kystes acéphalocystes. Le liquide contenu dans les vésicules est toujours limpide et transparent, mais le contenu de la poche générale peut subir des modifications qui le transforment en une sorte de gelée, soit même en une matière épaisse, d'apparence tuberculeuse ou sébacée, changeant le kyste primitif en une sorte de tumeur athéromateuse au sein de laquelle on ne retrouve que très-imparfaitement les éléments primitifs.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tuméfaction circonscrite de l'abdomen est le premier symptôme qui éveille l'attention du malade. Le développement ultérieur du kyste peut dans la suite imprimer à la forme générale de l'abdomen des aspects divers : la tumeur n'est pas toujours d'une surface uniforme, mais quelquefois irrégulière et bosselée. La palpation exercée d'une façon convenable, tout en permettant d'apprécier la consistance de la tumeur, son élasticité, facilite surtout sa délimitation précise. La tumeur est mobile avec la paroi abdominale tout entière, la peau glisse au-devant d'elle quand la distension n'est pas excessive. La percussion complète les données précédentes. La recherche de la transparence n'est pas indiquée par les auteurs. La fluctuation doit être recherchée avec soin, elle paraît avoir été dans la plupart des cas facile à reconnaître ; elle a manqué cependant plusieurs fois, par suite probablement de la mobilité des plans qui supportent la tumeur et rendent difficile ce mode d'exploration. Le mouvement de flot ou d'ondulation périphérique du liquide, dans les cas de kyste volumineux, peut fournir un élément certain de diagnostic ; il a été constaté par Tarral, mais on ne doit pas perdre de vue ce fait que les tumeurs liquides dont la poche est très-distendue s'opposent par leur résistance à la production de ce phénomène.

La lenteur de la marche est notée dans toutes les observations. Le kyste observé par Courty datait de trente-cinq années, dans le cas de Moutet la tumeur remontait à dix-sept ans. Les symptômes généraux sont pour ainsi dire nuls, les accidents observés dans plusieurs cas relevaient de complications qui ne se rattachaient que de loin à la présence du kyste. Celui-ci peut guérir par ouverture spontanée dans l'intestin ou à travers la peau. Dans presque tous les cas, l'oblitération de la poche a suivi de près l'élimination ou l'extraction des vésicules.

Le point le plus important du DIAGNOSTIC est de distinguer le siège anatomique de la tumeur. Nous avons suffisamment insisté sur les signes physiques propres à le faire reconnaître. Il s'agit ensuite de déterminer la nature de cette collection liquide. On ne doit guère compter sur le frémissement hydatique dont l'absence est trop commune. D'ailleurs ce signe appartient également aux kystes viscéraux. Le meilleur et le plus certain élément du diagnostic est l'examen direct du liquide recueilli à l'aide d'une ponction, examen qui seul permettra de distin-

guer les kystes hydatiques des kystes séreux pariétaux ou hydro-pisies enkystées des parois de l'abdomen : témoin le fait de Degner qui a été considéré par nombre d'auteurs comme un exemple de cette dernière affection.

Le TRAITEMENT est essentiellement chirurgical. On devra préférer l'incision ou l'ouverture par les caustiques à la ponction suivie d'injections et de lavages. L'établissement du drainage devient souvent la dernière ressource dans les cas de suppuration prolongée. La compression peut également aider au recollement des parois qui ne peut être obtenu qu'après l'entière évacuation des vésicules.

#### C. Fibromes.

Les fibromes des parois abdominales ne sont connus que depuis une trentaine d'années. Quelques faits observés par Nélaton, Michon, Huguier, Limange, Bouchacourt, servirent de base à la thèse de Bodin, qui constitue le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Depuis cette époque, des faits nouveaux ont été publiés et ont permis de compléter l'histoire de ces tumeurs. On consultera avec fruit la thèse récente de Salesse, qui renferme un grand nombre d'observations, et le mémoire de Guyon *Sur les fibromes intra-pariétaux*, dans lequel cet auteur établit une assimilation entre les fibromes de la région cervico-dorsale et ceux des parois abdominales.

BODIN, *Des tumeurs fibreuses péripelviennes*, thèse de Paris, 1861. — SALESSE, thèse de Paris, 1876. — GUYON, *Étude sur les fibromes intra-pariétaux* (*Tribune médicale*, 1876, p. 257 et suiv.).

Ces tumeurs ont été presque exclusivement observées chez des femmes jeunes, et les causes qui ont présidé à leur développement restent à peu près inconnues.

Siégeant tantôt au voisinage du ligament de Fallope, tantôt au-dessous du rebord des fausses côtes, elles peuvent aussi se développer dans les points intermédiaires et acquérir un volume très-considérable en se glissant dans l'épaisseur des parois abdominales.

Ces tumeurs, constituées par une trame de fibres conjonctives, serrées et enchevêtrées dans tous les sens, renferment parfois quelques fibres musculaires, comme dans un fait observé par Panas (1); dans d'autres cas, la présence de cellules fusiformes ou étoilées en voie de prolifération a pu faire considérer ces tumeurs comme des *fibro-sarcomes*.

Les fibromes des parois abdominales sont généralement faciles à séparer des tissus musculaires et aponévrotiques qui les entourent, et la plupart des opérateurs signalent la facilité de leur énucléation, même dans

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1873.



les cas où leur volume était très-considérable. On doit cependant noter les adhérences qu'elles contractent parfois avec le péritoine, adhérences telles que dans plusieurs opérations on ne put éviter l'ouverture de la cavité séreuse, et qu'on fut même contraint de réséquer une portion de péritoine intimement adhérente à la tumeur.

Un autre détail non moins important dans l'histoire anatomique des fibromes pariétaux de l'abdomen, c'est la présence presque constante d'une sorte de pédicule, arrondi ou aplati, de dimension et de longueur variables, qui relie la tumeur au squelette voisin ou aux gaines fibreuses. Dans les fibromes de la partie inférieure de l'abdomen, on signale dans presque toutes les observations la présence d'un pédicule attaché à la crête iliaque, à l'épine antérieure, au pubis, à l'arcade de Fallope, à la gaine du grand droit. Dans les fibromes de la partie supérieure, ce pédicule se reliait au rebord des fausses côtes.

L'existence de ce pédicule a fait admettre, depuis Nélaton, que les fibromes des parois abdominales étaient d'origine périostique. Cette opinion est cependant très-contestable dans un certain nombre de cas où la relation de ces tumeurs avec le squelette n'a pas été nettement constatée, et dans ceux où il est spécifié que la tumeur était reliée non au squelette, mais aux parties fibreuses voisines.

C'est en tenant compte de ces faits et en s'appuyant sur d'autres exemples absolument comparables, observés dans la région cervico-dorsale, que le professeur Guyon tend à considérer ces tumeurs comme prenant leur origine dans les plans fibreux de la région abdominale antérieure. Les connexions qu'elles présentent avec le squelette seraient donc secondaires.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Quoi qu'il en soit, le fibrome de la paroi abdominale antérieure se présente sous forme d'une tumeur très-petite à son début, siégeant le plus souvent un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, ou à peu de distance des fausses côtes, dure, peu mobile, indolente. Après être restée stationnaire pendant un temps variable, quelquefois pendant plusieurs années, la tumeur grossit rapidement et peut acquérir en quelques mois d'énormes dimensions, sans que la santé générale se trouve altérée et sans que les malades en ressentent d'autre gêne que celle qui résulte de la présence d'une tumeur aussi volumineuse. La grossesse a semblé exercer une influence sur la rapidité du développement des fibromes voisins du bassin. Il est souvent possible de constater, en soulevant et en attirant la tumeur de divers côtés, qu'elle adhère à quelque partie osseuse ou fibreuse voisine, à l'aide d'une expansion ou d'un pédicule résistant et plus ou moins volumineux.

Les fibromes pariétaux de l'abdomen sont généralement d'un diagnostic facile. Leur situation évidente dans l'épaisseur des parois ne permet pas de les confondre avec une tumeur intra-abdominale; leur consistance dure, élastique, les différencie des lipomes et des kystes; enfin la lenteur de leur marche les distingue de tumeurs malignes telles

que des sarcomes ou carcinomes. Cependant le diagnostic me semble souvent d'autant plus difficile à établir entre certains fibromes et les sarcomes développés dans l'épaisseur des parois abdominales que la présence de cellules fusiformes ou étoilées a été signalée dans quelques cas par certains observateurs.

**PRONOSTIC.** — Les fibromes intra-pariétaux ne constituent une affection grave qu'autant qu'ils acquièrent un développement considérable et deviennent gênants par leur volume. On ne doit pas oublier que l'adhérence de certaines de ces tumeurs avec le péritoine doit rendre le chirurgien très-prudent, au point de vue de l'intervention opératoire. Celle-ci ne nous semble véritablement justifiée que dans les cas où l'accroissement de la tumeur est incessant.

**TRAITEMENT.** — L'ablation de la tumeur, avec les restrictions que je viens de faire, est le seul traitement qui convienne aux fibromes de la paroi abdominale antérieure. La tumeur étant mise à nu par une incision appropriée, son énucléation se fait en général avec grande facilité, mais on doit procéder avec les plus grandes précautions lorsqu'il s'agit de séparer la face profonde, dans la crainte d'ouvrir la cavité péritonéale. Parfois cependant l'adhérence avec la séreuse était telle qu'on ne put la détacher et que le chirurgien fut contraint d'enlever une portion de péritoine confondue avec la face profonde du fibrome. Dans les cas d'ouverture involontaire ou obligée de la cavité péritonéale, on devrait prendre toutes les précautions pour éviter l'entrée des liquides dans le ventre, et pratiquer la suture profonde en adossant la séreuse à elle-même. Cet accident, malgré sa gravité, n'a cependant pas été constamment mortel. Lorsqu'il existe un pédicule adhérent au squelette voisin, on peut, s'il paraît vasculaire, en pratiquer la section avec la chaîne de l'écraseur.

#### 2° Tumeurs de l'ombilic.

Ces tumeurs, assez fréquentes surtout chez les enfants, ont été récemment étudiées par Blum (1) dans un mémoire où il a rassemblé la plupart des faits connus. Il va sans dire que nous ne nous occuperons ici que des tumeurs développées dans l'épaisseur même de la cicatrice ombilicale et que nous renvoyons à une autre partie de cet ouvrage pour l'étude des *tumeurs herniaires*.

Ces tumeurs peuvent coexister avec des fistules, ainsi que nous l'avons vu en particulier à l'occasion des fistules dues à la persistance de l'ouraque. Nous n'y reviendrons pas.

Au nombre des tumeurs que l'on peut observer à l'ombilic, on a signalé : A, des *kystes sébacés* et *dermoïdes*; B, des *tumeurs vasculaires*; C, des *papillomes*; D, des *adénomes*; E, des *myxomes*, des *sarcomes*, des *épithéliomes*.

(1) *Archives générales de médecine*, août, 1876.



A. C'est par suite d'une erreur singulière que Blum considère comme des *kystes sébacés et dermoïdes* ces cas de rétention dans le fond de la cicatrice ombilicale de corps étrangers, venus de l'extérieur et mêlés souvent à des débris épithéliaux et à des matières grasses de la peau. J'ai déjà signalé l'existence de ces corps étrangers comme causes d'abcès et de fistules de la région ombilicale. Je rapporterai le cas suivant qui simulait en réalité une tumeur, mais dans lequel il ne s'agissait nullement d'un kyste sébacé et encore moins d'un kyste *dermoïde*.

Une jeune personne portait *depuis trois semaines* à l'ombilic une petite grosseur qui, venue peu à peu sans douleur, avait grossi au point d'atteindre le volume d'une noix, puis s'était mise à suppurer. Tout autour du point d'insertion de la tumeur, c'est-à-dire à l'anneau ombilical, se trouve une ulcération circulaire, produite par une cautérisation au nitrate d'argent. Au bout de trois jours, la tumeur s'ouvre spontanément; une large perte de substance se produit, et une simple pression fait sortir de la coque un corps étranger du volume d'une amande, jaunâtre, dur, quoique facilement dépressible. Cette masse est constituée par des cellules épithéliales, de la graisse et une quantité considérable de cristaux d'acides gras (1).

B. *Tumeurs vasculaires*. — Virchow (2) décrit deux sortes de tumeurs vasculaires de l'ombilic : l'une, connue anciennement, depuis Dugès, sous le nom d'*excroissance fongueuse de l'ombilic*, est une prolifération vasculaire saignant facilement; la seconde doit être considérée comme un *nævus*. Ces deux variétés de tumeurs sont congénitales.

a. *Le fongus vasculaire ombilical* des nouveau-nés se développe pendant ou après la chute du cordon; il est constitué par des fongosités bourgeonnantes formant en général une masse unique, rouge et humide, semblable à une fraise plus ou moins saillante. O. Kuster (3) a décrit cette variété de tumeur sous le nom de *granulome*. Il a trouvé ces petits fongus constitués par des cellules conjonctives, fusiformes au centre et au point d'attache, et par des cellules arrondies à la périphérie; sur une seule tumeur volumineuse enlevée chez un enfant de quatorze jours, la moitié de la tumeur était revêtue d'un épiderme. La vascularité de ces granulomes est assez riche au centre de la tumeur, mais les vaisseaux sont le plus souvent très-ténus. Abandonnée à elle-même, cette production tend à s'accroître, mais elle régresse d'habitude sous l'influence d'astringents légers. Fabrège (4), qui en rapporte deux observations, a dû en faire l'excision. Cette opération peut donner lieu à un écoulement de sang qui rend nécessaire une ligature.

(1) Longuet, *Bull. Soc. anat.*, mai 1875.

(2) *Traité des tumeurs*, t. IV, p. 163.

(3) *De l'adénome et du granulome de l'ombilic* (Virchow's *Archiv*, t. LXIX, et *Archives gén. de méd.*, décembre, 1877).

(4) *Revue méd. chir.*, 1848, t. IV, p. 353.

b. *Nævus*. — Il en existe peu d'exemples. Chassaignac (1) a pu observer un enfant de six mois portant, à la région ombilicale, une tumeur érectile veineuse d'un assez grand volume; elle avait trois ou quatre centimètres de diamètre, après s'être accrue progressivement, depuis le volume d'une tête d'épingle qu'elle présentait à la naissance. Elle se composait de deux parties, l'une profonde, sous-cutanée, à laquelle venait s'adjoindre une veine volumineuse descendant de la paroi thoracique sur la ligne médiane, et l'autre superficielle occupant l'épaisseur même de la peau.

c. *Papillomes*. — *Tumeurs verruqueuses*. — Holmes (2) a décrit, d'après Athol-Johnson, Cooper Forster et Bryant, ces tumeurs qui n'empruntent à la région aucun caractère spécial. Ces productions, ordinairement indolentes, sont pédiculées, à surface mamelonnée, de très-petit volume. Blum donne l'observation d'un homme de quarante ans qui présentait, depuis sa naissance, une tumeur du volume d'une noisette s'insérant par un pédicule épais sur la partie inférieure gauche de la cicatrice; cette tumeur est mamelonnée et doit être considérée comme un papillome.

Le papillome se développe quelquefois sur un *nævus*, ainsi que le démontre le fait suivant rapporté par Demarquay (3).

Une femme de cinquante-quatre ans s'aperçut qu'un *nævus* congénital, qu'elle portait au-dessous de l'ombilic, prolongé un peu sur la cicatrice, prenait du développement. Deux ans plus tard, la tumeur excoriée donnait lieu à des hémorragies ainsi qu'à l'écoulement d'un liquide sanieux. Au moment de l'opération, la tumeur avait le volume d'un œuf; il y avait dans l'aîne deux ganglions qui augmentèrent rapidement de volume après l'ablation de la tumeur. Celle-ci, à l'examen histologique, fut reconnue pour un papillome.

D. *Adénomes*. — Kuster (4) a fait connaître récemment cette variété de tumeur de l'ombilic, qu'il distingue du granulome essentiellement constitué par du tissu conjonctif.

L'adénome offre à première vue l'aspect du fongus simple. Dans un cas, au moment où la tumeur fut enlevée, on fut obligé de tordre une petite artère qui donnait un jet de sang. Au point de vue histologique, l'adénome est caractérisé par la présence d'un grand nombre de glandes tubuleuses, simples pour la plupart; de fibres musculaires lisses, occupant le centre de la tumeur; enfin de vaisseaux relativement volumineux. Cette structure particulière, qui rappelle celle de la muqueuse du gros intestin, doit faire admettre que les adénomes de l'ombilic se déve-

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1855.

(2) *Thérapeutique des mal. chir. des enfants*, trad. O. Larcher.

(3) *Bullet. de la Soc. de chirurgie*, 1871.

(4) *De l'adénome et du granulome de l'ombilic*, (Virchow's *Archiv*, t. LXIX, et *Archives gén. de méd.*, décembre, 1877).



loppent aux dépens de débris persistants du canal omphalo-mésentérique qui renferme des éléments glandulaires.

E. *Myxomes.* — *Sarcomes.* — *Épithéliomes.* — Ces diverses tumeurs ont été réunies par Nélaton sous le titre de *cancer de l'ombilic*. Blum rapporte, dans son mémoire, un certain nombre de faits dans lesquels la nature histologique de la tumeur est bien déterminée. Le *myxome* a été observé trois fois par O. Weber, le *myxosarcome* deux fois par Virchow. Leur origine remontait à la première enfance. Leydecker décrit un cas de *tumeur sarcomateuse* de l'ombilic chez une fille de quatorze ans.

Le professeur Richet a pratiqué, sur une femme de cinquante-quatre ans, l'ablation d'une tumeur de l'ombilic mamelonnée, ulcérée, du volume d'une petite noix. Cette tumeur, considérée par Nélaton comme inopérable, était composée d'une partie extérieure avec un prolongement abdominal. Au bout de douze ans, la guérison s'était maintenue. La tumeur se composait d'éléments fibro-plastiques, entremêlés d'une grande quantité de cellules embryogéniques.

Dans certains cas, l'ombilic est envahi par une tumeur maligne intra-abdominale. Wulckow (1), en présence d'une tumeur arrondie de l'ombilic, put décider, au moyen de la palpation, qu'il s'agissait d'un prolongement d'une masse cancéreuse qui suivait le ligament suspenseur du foie. Une masse de même structure avait envahi les parois de l'estomac. Dans un cas observé par d'Heilly (2) où l'autopsie permit de reconnaître un cancer du grand épiploon propagé à la paroi abdominale par l'intermédiaire du péritoine pariétal, on avait trouvé, pendant la vie, l'ombilic saillant, induré au centre et légèrement ulcéré. Par la palpation, on constatait superficiellement, autour de l'ombilic, la présence d'une plaque de cinq à six centimètres carrés qui paraissait être due à l'épaississement de la paroi. Plus profondément, on sentait distinctement des masses dures, arrondies, surtout faciles à percevoir au niveau du flanc et de l'hypochondre gauches. Il existait des ganglions engorgés dans les aines.

Enfin, le professeur Dolbeau a opéré une femme de soixante ans, d'une tumeur *épithéliale* de l'ombilic du volume d'un œuf. Malgré l'ablation complète, la tumeur récidiva sur place; une seconde opération amena la guérison complète. Par une singulière coïncidence, la sœur de cette malade présenta, deux ans après, un empatement de la région ombilicale qui se termina par ulcération, mais le traitement spécifique en amena la disparition. Demarquay (3) a rapporté plusieurs cas d'*épithéliome* de l'ombilic.

Le *DIAGNOSTIC* de ces diverses tumeurs se fera surtout par l'aspect de la production morbide, par les caractères de l'ulcération et de l'indu-

(1) *Berliner med., Wochenschrift*, 1875, XII.

(2) Thèse de Catteau, Paris, 1876.

(3) *Union médicale*, 1870, t. X, p. 23.

ration périphérique, par la marche de la maladie et l'état général du sujet. Selon Blum, quand la tumeur est irréductible, nettement pédiculée, elle est le plus habituellement extra-péritonéale, tandis que lorsqu'elle a la forme d'un champignon placé vers la partie supérieure de la cicatrice, il y a grandes chances pour qu'elle occupe le trajet ombilical et présente des connexions intimes avec le péritoine. On doit faire entrer en ligne de compte l'état des parties voisines de la paroi abdominale révélé par la palpation profonde.

*TRAITEMENT.* — Pour les cas où la tumeur est nettement pédiculée, tous les procédés d'exérèse peuvent être mis en pratique. Dans le cas contraire, lorsque la tumeur est sessile et qu'il est impossible de circonscrire nettement son point de départ, il est nécessaire de recourir à des moyens spéciaux. Les auteurs ont proposé différents procédés pour pédiculiser la tumeur et sectionner sa base d'implantation. Fabrice de Hilden avait imaginé une plaque percée d'un trou, à l'aide de laquelle il déprimait la paroi abdominale tout autour de la tumeur engagée dans l'orifice central de ce disque. Chassaignac faisait une section de la tumeur, suivant un de ses diamètres, jusqu'au pédicule dont il disséquait isolément chaque moitié.

Dans l'extirpation de ces tumeurs, le danger principal provient du voisinage du péritoine; on doit se garder, lors de la section, de tirer au dehors la tumeur, de crainte d'entraîner avec elle sous le couteau une partie adhérente de la séreuse. La seule dénudation du péritoine, produite par l'ablation de la tumeur, constitue un danger sur lequel insiste Nélaton.

## § II. — Lésions vitales et organiques des viscères intra-abdominaux.

La plupart de ces lésions sont du domaine de la pathologie interne. Cependant il en est quelques-unes dont la description doit trouver place ici parce qu'elles réclament souvent l'intervention du chirurgien, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue de leur traitement. Relativement aux lésions du tube digestif, il ne sera question que des *corps étrangers*; l'étude des *hernies* et des *occlusions intestinales* devant faire l'objet de chapitres spéciaux. Quant aux lésions des autres viscères abdominaux, les seules qui méritent de fixer l'attention du chirurgien sont les *abcès* et les *kystes du foie et de la rate*.

Lorsque nous aurons décrit les tumeurs dépendant des organes génito-urinaires qui viennent si fréquemment envahir la cavité abdominale, nous consacrerons un article d'ensemble au diagnostic différentiel des *tumeurs de l'abdomen*.