

Des kystes dermoïdes de l'ombilic : thèse présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Montpellier le 24 mars 1906 / par Gustave Gonard.

Contributors

Gonard, Gustave, 1876-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. Gustave Firmin, Montane et Sicardi, 1906.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/tk2a8hky>

Provider

Royal College of Surgeons

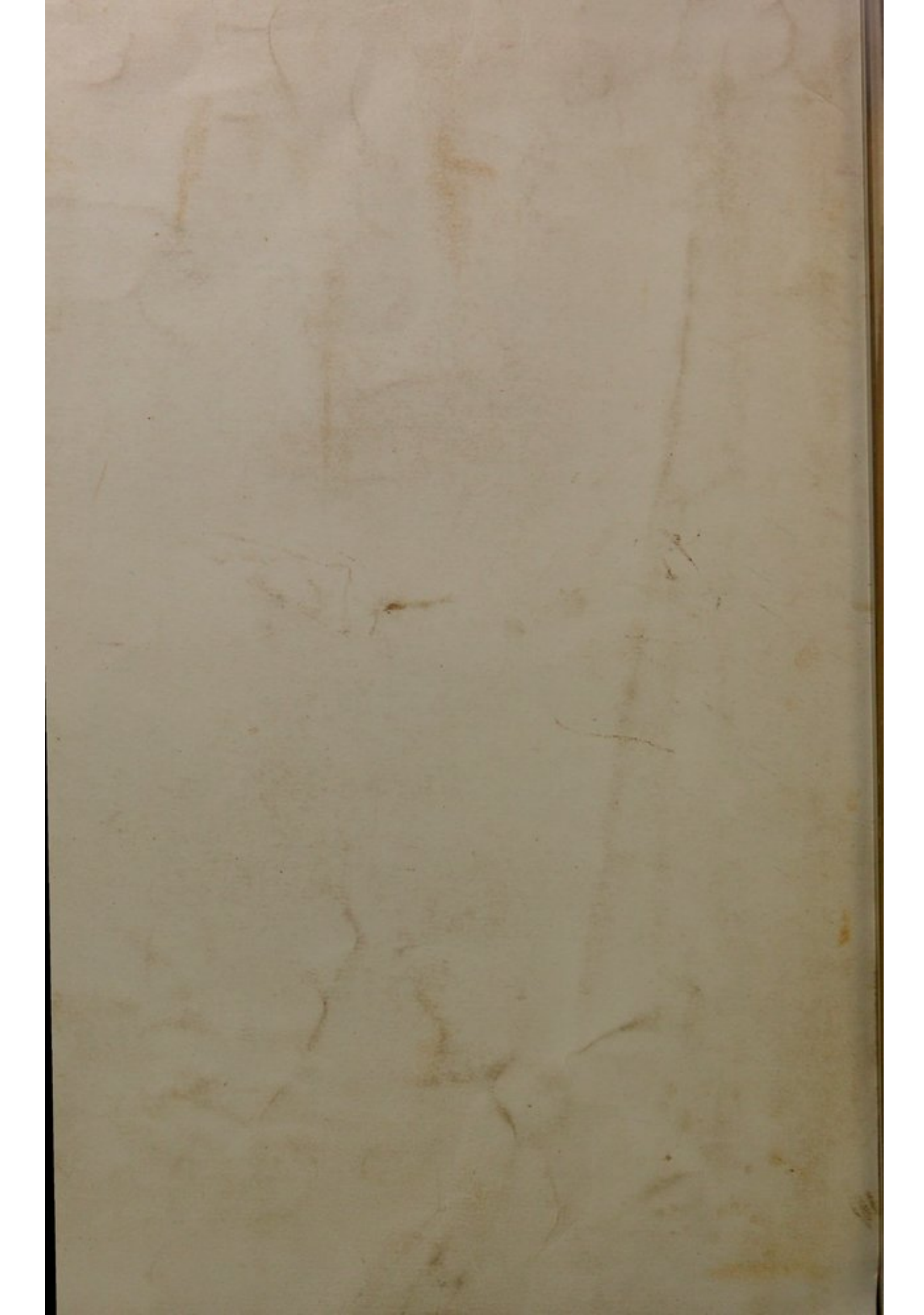
License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>





DES
KYSTES DERMOIDES
DE L'OMBILIC

N° 31
6

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Mars 1906

PAR

Gustave GONARD

Né à Port-Louis (Ile Maurice), le 1^{er} Septembre 1876

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agr. (*)
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, Ag. libre
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GUERIN
RAYMOND (*)	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.
VEDEL	SOUBEIRAN	LAPEYRE

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. TÊDENAT, <i>président.</i>	ARDIN-DELTEIL, <i>agrégé.</i>
VALLOIS, <i>professeur.</i>	SOUBEIRAN, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

G. GONARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

CHEF DE SERVICE A LA MATERNITÉ

G. GONARD.

A MON JEUNE MAITRE

LE DOCTEUR P. SOUBEIRAN

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Témoignage de la reconnaissance du malade et de l'élève

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARDIN-DELTEIL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

G. GONARD.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES FLAHAULT

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DE BOTANIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Hommage respectueux

A MONSIEUR F. JADIN

DOCTEUR ÈS SCIENCES

PROFESSEUR A L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Témoignage de profonde reconnaissance

G. GONARD.

DES
KYSTES DERMOÏDES
DE L'OMBILIC

HISTORIQUE

Il n'existe rien dans les classiques touchant les kystes dermoïdes de la région ombilicale. Ce n'est pas là une affection qui ait attiré fréquemment l'attention des observateurs, même dans ces dernières années, et on peut dire que sur ce sujet il y a encore tout à apprendre.

Non que nous soyons le premier à signaler ces faits ; mais s'il y a assez longtemps déjà que nous avons été précédé dans cette voie, nul du moins jusqu'ici n'a véritablement fait une étude complète sur cette catégorie spéciale des tumeurs de l'ombilic.

Rien avant 1874. A ce moment, Küster (dans *Arch. j. Klin.* XVI, art. 1, p. 234) rapporte un cas de kyste dermoïde observé par Langenbeck en 1872.

En 1876, parut le mémoire de Blum dans les *Archives Générales de Médecine*. C'est une étude incomplète et assez peu précise, dans laquelle l'auteur passe en revue dans un chapi

tre d'ensemble, sous le nom de Concrétions de l'ombilic, les corps étrangers proprement dits, les kystes sébacés et les kystes dermoïdes. C'est l'exposé clinique qu'il a surtout en vue ; l'anatomie pathologique est très négligée, et, en somme, son travail n'a plus aujourd'hui qu'une valeur historique.

Depuis, quelques observations ont été publiées ; elles sont en très petit nombre. Dans la *Gazette médicale de Paris* (11 septembre 1886), M. Polaillon rapporte un cas de kyste dermoïde suppuré.

On trouve dans la thèse de Villar (Paris-1886) une intéressante observation de M. le professeur Verneuil.

De leur côté, Lannelongue et Achard (*Des kystes congénitaux*, Paris, 1886) relatent un cas de kyste pédiculé observé à l'hôpital Trousseau.

Dans la littérature étrangère, nous avons recueilli plusieurs autres observations : celles présentées par Güeterbock, Von Bergman et Israël au Congrès des chirurgiens de Berlin de 1891 — celle de Walter, dans la « *Lancet* » de 1893 — et celle du docteur Taylor, dans les « *Annales of Surgery* » de 1896.

Enfin nous publions une observation inédite de M. le professeur-agrégé Soubeiran.

Il n'y a donc, en somme, qu'une série d'observations rapportées çà et là dans les publications médicales, tant françaises qu'étrangères, sans qu'aucun travail d'ensemble ne les ait reliées. Les quelques auteurs récents qui traitent des tumeurs de l'ombilic, ne parlent qu'incidemment des kystes dermoïdes, et encore n'est-ce, la plupart du temps, que pour en affirmer la rareté.

Aussi nous a-t-il semblé utile d'en faire une étude détaillée et la plus complète possible, dans laquelle nous grouperions les observations jusqu'ici publiées en insistant sur la nature et les caractères de ces tumeurs.

PATHOGENIE

La science a fait aujourd'hui justice de toutes les opinions bizarres admises autrefois pour expliquer la genèse des kystes dermoïdes.

La théorie de Meckel, qui enseignait une sorte de conception sans cohabitation est également repoussée de nos jours, de telle sorte qu'on ne se trouve plus en présence que de quatre théories, celles-là discutables et possédant des allures scientifiques.

1° La première théorie, soutenue par J. Geoffroy Saint-Hilaire, est celle de la *diplogénèse par inclusion*. Dans certains cas, il y aurait monstruosité par inclusion d'un très jeune embryon, dans un autre antérieurement conçu, ou par existence de germes originairement monstrueux et anormaux. Dans d'autres cas, « cette diplogénèse serait due à une véritable production anormale par prolifération imparfaite des éléments germinatifs de l'ovaire et du testicule » ; et alors, d'après Saint-Hilaire lui-même, la tumeur est non plus la sœur jumelle, mais la fille de l'individu qui en est porteur. Cette théorie, on le voit, ne peut, raisonnablement répondre qu'à certaines tumeurs et non à celles qui nous occupent.

2° La théorie de l'*hétéropie plastique*, enseignée par Lebert, explique la formation du kyste par une production autogène et spontanée ; mais il y a là plutôt un simple mot qu'une vé-

ritable doctrine, et cette théorie, comme l'a justement fait remarquer Courty, « ne fait qu'exprimer par un mot l'affirmation du fait lui-même ».

3° Une troisième théorie, acceptée par Rouget, Courty et Lawson-Tait, fut surtout développée par Waldeyer. Laguens, dans sa thèse, la résume à peu près complètement ainsi : « De l'ovule fécondée dérivent tous les tissus de l'organisme ; pourquoi dès lors ne pas admettre qu'en dehors de sa fécondation, par *parthénogénèse*, cette cellule primordiale, sous une influence encore inconnue, ne puisse se développer anormalement et donner naissance aux nombreuses variétés de tissus que peuvent contenir les kystes dermoïdes ». Mais cette théorie, malgré ses attraits séduisants, n'est qu'une simple hypothèse, acceptable au besoin en ce qui concerne l'ovaire, mais qu'on ne saurait nullement étendre et généraliser aux autres formations dermoïdes.

4° La théorie la plus scientifique, celle qui est admise à l'heure actuelle avec le plus de bienveillance, c'est sans conteste la doctrine de Verneuil, qui, dès 1852, expliquait la production des kystes dermoïdes congénitaux par une inclusion cutanée survenue au moment du développement intra-utérin de l'embryon. Et cette conception est large ; elle s'applique non seulement aux kystes dermoïdes qui existent à la naissance ou qui proviennent des arcs branchiaux, mais aussi à ceux dont la présence ne se révèle qu'à la puberté et dont le siège est à n'importe quel point de l'organisme.

Cette théorie a été reprise, en 1886, par MM. Lannelongue et Achard, avec le nom de théorie de *l'enclavement*, et c'est à elle que nous nous rallions pour notre part.

S'il est une opinion généralement admise à l'heure actuelle, c'est évidemment celle qui reconnaît aux kystes dermoïdes une origine congénitale, quelle que soit du reste la région où ils se développent. Cette origine, il est vrai, a pu être niée dans

certain cas, mais l'erreur est aujourd'hui reconnue et tenait à l'apparition même de la tumeur. Chez tel individu, en effet, le kyste apparaîtra à la naissance, chez tel autre dans les premiers jours de la vie, chez un troisième enfin il n'éveillera l'attention que bien plus tard, à l'âge de la puberté.

Généralement, c'est un petit fragment de peau qui s'enclave, au moment, par exemple, de la soudure des fentes branchiales, comme cela ce passe dans la région du cou, où la genèse des kystes dermoïdes se trouve être fort bien expliquée. Mais ne peut-on pas généraliser cette théorie, et n'est-il rien qui puisse justifier son extension jusque dans la région qui nous occupe ?

Certes, dans un certain nombre de kystes dermoïdes, ce n'est pas inclusion d'un sac de peau qu'il doit y avoir, mais d'un simple lambeau cutané, dont « la sécrétion refoule les tissus qui constituent la membrane d'enveloppe fibreuse, tandis que le lambeau cutané forme une des parties des parois de la poche ».

D'autre part, M. Masse, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux, a tenté à ce sujet des expériences très décisives. Il a réussi, en enclavant dans le péritoine de jeunes rats des lambeaux de peau pris sur leurs membres, à reproduire des kystes dermoïdes.

M. Goujon, de son côté, au laboratoire de Robin, a fait de nombreuses transplantations d'épithélium ; les éléments proliféraient d'abord dans les points où on les avait déposés, puis, au bout d'un certain temps, on n'en voyait plus trace.

Nous acceptons donc, pour ce qui nous concerne, cette théorie de l'enclavement. C'est de toutes les doctrines émises jusqu'ici la plus rationnelle, celle qui satisfait le plus l'esprit et la seule qui puisse expliquer aisément les quelques cas de kystes dermoïdes que nous relatons dans notre travail.

ETIOLOGIE

Puisque la formation des kystes dermoïdes se ramène uniquement à un accident de la vie intra-utérine, il semble que ce seul accident résume en soi toute leur étiologie. Partant, il ne paraît point nécessaire, pour justifier leur apparition, de s'expliquer outre mesure, pas plus qu'on ne le fait par exemple pour une fracture produite par une simple chute, ainsi que le fait justement remarquer M. Le Lan.

On peut toutefois se demander s'il n'existe pas des conditions spéciales capables d'entraîner ou tout au moins de favoriser l'éclosion de ces kystes, de même que leur développement à un moment donné.

Certains auteurs, comme Paget, ont invoqué *l'hérédité* ; mais malheureusement les preuves sont trop en défaut pour pouvoir apporter une affirmation dans ce sens. Cependant il est impossible de ne pas reconnaître à cette cause un rôle à peu près certain, puisque l'observation journalière permet de constater que la tendance aux arrêts de développement se transmet dans une même famille.

L'âge, de son côté, n'offre rien de bien défini ni de bien caractéristique. Les kystes dermoïdes, en effet, peuvent se développer assez tôt ou assez tard, encore qu'ils soient congénitaux, c'est-à-dire relevant de germes qui existent dès la vie fœtale. Mais l'âge le plus favorable paraît être la puberté,

« ce printemps de la vie qui donne aux germes jusque-là inactifs une sorte de coup de fouet qui les fait participer à l'éclosion de toutes les forces de l'économie » (Hansen).

Enfin le sexe, qu'on a voulu invoquer dans certains cas, ne semble pas non plus exercer une influence notoire sur la production des kystes dermoïdes de la région qui nous concerne, pas plus d'ailleurs que des autres régions du corps.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes de la région ombilicale, qui possèdent à peu près les mêmes caractères généraux que les tumeurs dermoïdes siégeant dans les autres parties de l'organisme, possèdent également leur très grande diversité ; il est facile de s'en rendre compte par l'étude anatomo-pathologique de leur volume, aussi bien que de leurs caractères extérieurs et de leur structure intime.

Plusieurs observations nous montrent, en effet, que le volume de ces kystes est extrêmement variable. A côté de beaucoup — et ce sont les plus simples — dont les dimensions ne dépassent guère celles d'un pois ou d'une lentille, nous en trouvons un certain nombre, bien plus volumineux, atteignant la grosseur d'une noisette (obs. de Lannelongue et Achard), ou d'une noix (cas cité par Verneuil), ou d'une figue (obs. personnelle), ou enfin d'une tête de fœtus (obs. de Güeterbock).

A première vue, on reconnaît la présence d'un de ces kystes. « La tumeur bien pédiculée a, au dire de Gueillot, le volume et très exactement la forme d'une petite figue appendue à la cicatrice ombilicale ». Le pédicule, étroit et court, s'insère sur cette cicatrice, sans siège de prédilection, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le tégument externe garde ses caractères normaux dans la plupart des cas ; parfois, cependant, on a remarqué à sa surface de fines arborisations vasculaires, formant un plexus étroit.

Le toucher révèle une consistance mollassse, à fluctuation obscure, des bosselures la rendent inégale ; ces tumeurs, d'autre part, sont irréductibles ; et enfin la peau qui les recouvre est mobile sur les plans sous-jacents (nous verrons dans le diagnostic que c'est là ce qui les différencie nettement des kystes sébacés).

Structure intime.

1° Sur une section du kyste, la paroi, du côté interne, rappelle une muqueuse ; lisse, unie, comme nacrée, ou blanchâtre et comparable à la muqueuse, préputiale elle est d'autres fois mamelonnée, tomenteuse, ainsi qu'une vessie à colonnes (Mahot).

Son épaisseur varie beaucoup suivant les points considérés, sans jamais aller au delà de quelques millimètres.

Au microscope, de dedans en dehors, nous trouvons deux lames épidermiques cornées, l'une, externe, correspondant à la peau de la cicatrice ombilicale, l'autre, interne, correspondant au revêtement du kyste. D'une façon générale, ces deux faces présentent à peu près les mêmes caractères ; sur l'épiderme du kyste, cependant, le stratum lucidum paraît plus mince et les cellules cornées sont desquamées en grande partie.

Ces deux lames épidermiques sont reliées par une zone de tissu conjonctif contenant les vaisseaux ; parfois ce tissu constitue à lui seul la paroi ; il n'existe alors ni éléments glandulaires, ni follicules pileux (obs. de Verneuil).

2° Le contenu du kyste est complexe. On y trouve des poils, des cheveux, certains encore adhérents, d'autres détachés, en touffes au milieu de la matière sébacée essentielle.

Cette matière sébacée est constituée par de la graisse libre, des cristaux de cholestérine, des débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies ; elle forme un magma gris-blanc ou jaunâtre, consistant, d'où le nom de

« kystes athéromateux » donné par certains auteurs. Elle est homogène assez souvent, d'autres fois grumelleuse.

A côté de cette matière sébacée, on rencontre un liquide séreux ou mucilagineux, se rapprochant beaucoup du sébum (Lutz), purulent parfois, lorsque la paroi s'enflamme ou que les éléments cellulaires en suspension sont en trop grand nombre. Par refroidissement, on obtient une masse qui a l'aspect, la consistance et le goût même du beurre (Dupuytren cité par Cruveilhier). Ce liquide est sans doute sécrété par les glandes sébacées du kyste ou par la conversion des cellules de la paroi en cellules sébacées (exemple de Nicaise).

Tels sont à grands traits les principaux caractères anatomiques des kystes dermoïdes de l'ombilic. Malgré leur grande diversité, ces kystes se font remarquer par l'extrême simplicité de leur structure.

SYMPTOMATOLOGIE

Au début, les kystes dermoïdes de l'ombilic, comme tous les autres, passent par une période de latence extrêmement variable suivant les individus et suivant les cas. Peu ou pas de caractères bien définis ; la tumeur est parfois révélée fortuitement ; dans la plupart des cas cependant on la reconnaît à des symptômes que nous pouvons ranger dans deux grandes classes : symptômes fonctionnels et symptômes physiques.

a) *Symptômes fonctionnels.*

D'une façon générale, les symptômes fonctionnels passent inaperçus. Pas de vraie douleur, en effet, plutôt une certaine gêne ressentie par le malade, sauf dans les cas d'excoriation d'infection ou de distension de la poche kystique. Souvent la douleur, si elle existe, n'est elle-même provoquée que par le frottement du ceinturon (nous renvoyons à l'observation de Verneuil).

b) *Symptômes physiques.*

Les symptômes physiques ont, au contraire, une importance bien plus considérable ; le plus souvent ce sont les seules bases possibles au diagnostic. A l'ordinaire, ces symptômes sont très apparents. Les kystes de l'ombilic, nous l'avons vu

au chapitre de l'anatomie pathologique, sont facilement reconnaissables à leur forme arrondie et à leur pédicule. La peau est mobile, elle garde sa coloration normale, excepté lorsqu'il y a inflammation. Les bosselures, que l'on rencontre quelquefois, révèlent la structure intime, pauci ou multi-loculaire. Consistance variable : tantôt rénitence, tantôt fluctuation. La recherche de la fluctuation doit toujours être faite ; voici comment : on saisit la tumeur par ses deux pôles entre le pouce et le médius d'une main, et avec l'index de l'autre main ; si le contenu est fluctuant, les deux doigts qui compriment s'écartent l'un de l'autre ; on n'aperçoit pas de fluctuation lorsque les parois sont épaissies et le contenu consistant ; dans ces conditions, la tumeur conserve l'empreinte du doigt et il se forme un véritable godet d'œdème. Derniers symptômes et qui ont leur importance : la matière à la percussion ; l'irréductibilité de la tumeur.

PRONOSTIC

Les kystes dermoïdes sont des tumeurs bénignes ; le pronostic en est pour cela très favorable : ils n'ont, en effet, aucune tendance à l'envahissement des parties voisines, ne compromettent pas l'état général, et, après l'ablation totale, on n'a pas à craindre de récurrence.

Cependant le pronostic doit être réservé lorsque des complications sont déjà survenues. Il y en a trois principales : l'inflammation, la rupture et la dégénérescence.

L'inflammation est spontanée ou provoquée. Elle est spontanée, lorsque la tumeur a subi un accroissement rapide, déterminant une surdistention des parois. Elle est provoquée par un choc ou par une pression. Plusieurs éventualités peuvent alors se présenter : ou bien une adhésion des parois, consécutive à la suppuration de la cavité et à l'élimination du contenu, amène la guérison — ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, un trajet fistuleux persiste, qui laisse constamment s'écouler un peu de pus mêlé à des matières sécrétées par les parois du kyste.

D'étroites relations existent entre l'inflammation et la *rupture*, car c'est souvent l'inflammation qui conduit à la rupture, par le ramollissement des parois. D'autres fois, c'est le traumatisme qui occasionne la rupture. Celle-ci se fait toujours à l'extérieur, et dans les points les plus divers. Le contenu est

évacué en totalité ou en partie. Autres conséquences : la rupture entraîne tantôt la guérison, tantôt la récurrence du kyste.

Quant à la *dégénérescence épithéliomateuse*, nous ne saurions en affirmer que la possibilité. C'est, en effet, une loi de pathologie générale que, à un moment donné, les tumeurs bénignes se transforment en tumeurs malignes pour des causes qu'on n'a pas très bien déterminées jusqu'à l'heure actuelle.

DIAGNOSTIC

En présence d'une tumeur de l'ombilic, étant donnés les caractères très apparents du kyste dermoïde, il semble au premier abord que le diagnostic soit d'une extrême simplicité, s'impose presque. Cependant certaines formations spéciales, que la clinique permet d'observer parfois dans cette région, peuvent le simuler, ou du moins le masquer, et être ainsi des causes d'erreur.

Le nombre en est considérable, et il importe au plus haut point que le praticien soit mis en garde contre chacune d'elles. Nous citerons notamment :

Tout d'abord, l'omphalocèle urinaire, qui résulte de la perméabilité de l'ouraque et de la persistance du canal allantoïdien dans le cordon ombilical. Mais c'est là une affection très rare ; elle s'accompagne ordinairement d'une rétention d'urine, complète ou incomplète suivant les cas — et d'ailleurs à l'ouverture de la poche, l'examen du contenu indique la nature même de la tumeur.

En second lieu, les granulomes et les adénomes, de couleur rouge foncé et de consistance fongueuse. On les rencontre en général assez peu.

Citons encore :

La hernie ombilicale, congénitale ou acquise. Il est très facile de la distinguer : la réductibilité en est un signe patho-

gnomonique — La hernie diverticulaire sur laquelle nous n'insisterons pas : « les exemples en sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tracer exactement le pronostic ». (Duplay, Thèse d'agrégation, 1886.) La dilatation de l'ombilic, par une collection purulente, consécutive à la péritonite idiopathique aiguë des enfants. Diagnostic ici facilité par l'acuité de l'évolution de la maladie.

Il en est de même d'autres tumeurs liquides qui viennent se montrer à l'ombilic : les kystes acéphalocystes et les kystes hydatiques du foie. Signalons également des collections purulentes, qui viennent soulever la dépression ombilicale et qui sont dues, soit à une péritonite aiguë, soit à une péritonite tuberculeuse.

A côté de ces collections intra-abdominales, mentionnons les suppurations de la paroi : abcès dû à la présence de corps étrangers — inflammation péri-ombilicale, qui marche parfois de pair avec la péritonite tuberculeuse — phlegmon sous-ombilical d'Hertaux.

L'apparition au niveau de l'ombilic de certaines tumeurs du mésentère peut être aussi une cause d'erreur. Mais Augagneur, dans sa thèse d'agrégation de 1886, déclare qu'« il faut se baser sur les antécédents, la marche de la maladie et l'examen attentif de la région » pour les exclure et établir le diagnostic.

On peut confondre encore les kystes dermoïdes avec des kystes très voisins, les kystes sébacés ; tous les deux ont à peu près les mêmes caractères ; un seul point les distingue : dans les kystes sébacés, en effet, la peau est immobile sur les plans sous-jacents, parce qu'elle y est rattachée par le vestige du conduit excréteur. Il y aurait encore en leur faveur l'existence d'un point noir central ; à la vérité, ce n'est pas là un signe bien caractéristique, puisque, au dire de MM. Lannelongue et Achard, les kystes dermoïdes peuvent présenter quelque chose d'analogue.

Les concrétions de l'ombilic peuvent, d'autre part, offrir de réelles difficultés ; les caractères distinctifs en sont : la résistance à l'exploration du stylet, l'absence de membrane d'enveloppe, et on peut se baser sur l'âge et les antécédents du malade. Malgré cela, il est très difficile de les différencier des kystes dermoïdes ; témoin les observations erronées que Blüm rapporte dans les *Archives générales de médecine* de 1876.

On éliminera, en dernière analyse, les tumeurs malignes, primitives ou secondaires ; cela n'offre pas beaucoup de difficulté, d'une façon générale ; ces tumeurs se font remarquer par leur évolution rapide, leur tendance à l'envahissement des tissus voisins et à l'altération de l'état général. D'ailleurs l'examen microscopique permet de lever les derniers doutes qui subsisteraient.

Telles sont les différentes affections que l'on devra éliminer pour établir le diagnostic de kyste dermoïde ; somme toute, il est relativement facile de le faire, en raison des caractères apparents ou intimes des kystes de cette espèce, à savoir :

Congénitalité, indolence, irréductibilité.

TRAITEMENT

Le traitement des kystes dermoïdes de l'ombilic est extrêmement simple à notre avis. Laissant de côté tous les moyens préconisés jusqu'ici pour obtenir la résolution de la tumeur ou pour provoquer l'oblitération de la cavité nous nous arrêterons à un procédé, le seul vraiment efficace : l'extirpation.

Distinguons entre deux cas :

1° La tumeur est pédiculée.

Il suffit de l'enlever au niveau du pédicule en disséquant ce dernier.

2° La tumeur est sessile.

a) On peut disséquer la poche du kyste ; mais assez fréquemment la poche arrive au contact du péritoine et la dissection en est difficile, car celui-ci adhère à la cicatrice ombilicale et l'on est exposé à ouvrir la séreuse. Mieux vaut alors, si le kyste paraît s'étendre en profondeur (Obs. personnelle), employer la méthode suivante.

b) Cette méthode consiste à traiter les kystes comme toute tumeur de l'ombilic, c'est-à-dire à enlever délibérément la région de la cicatrice ombilicale.

Par une incision elliptique, à grand axe vertical, on circonscrit l'ombilic et la tumeur, et on enlève en bloc la paroi à ce niveau ; on suture en refaisant la paroi solidement par

quatre plans de sutures : un premier plan, fibreux, réunissant les feuillets profonds de la gaine des droits — un deuxième, musculaire, réunissant les droits — un troisième, fibreux, réunissant les feuillets superficiels de la gaine des droits — un quatrième, cutané.

THE
JOURNAL
OF
THE
AMERICAN
MEDICAL ASSOCIATION
PUBLISHED WEEKLY
CHICAGO, ILL., U.S.A.
1914

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Kyste dermoïde ombilical

(Obs. inédite due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeiran)

M. X..., âgé de 35 ans, entre le 7 septembre 1902 dans le service de M. le professeur Tédénat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeiran, porteur d'une suppuration ombilicale.

L'histoire du malade est fort simple ; depuis environ cinq mois, le malade portait une petite tumeur à l'ombilic, ayant atteint le volume d'une noix ; cette tumeur, peu douloureuse, fut incisée par le docteur Guibert il y a un mois, et il s'écoula une petite masse caséuse avec une petite touffe de poils ; un écoulement s'établit ensuite sans aucune tendance à disparaître, malgré une énergique désinfection. Les autres antécédents du malade sont sans intérêt.

A l'examen, on constate que l'ombilic est tuméfié, rouge, violacé. Il existe à la partie supérieure de la cicatrice un orifice étroit par lequel s'écoule une gouttelette de pus ; à cet orifice succède un trajet, qui s'enfonce dans la cicatrice suivant une longueur de deux centimètres environ. En raison de

l'existence de la fistule et de la poche profonde, une intervention fut proposée et acceptée.

Opération, le 9 septembre 1902. Le malade est anesthésié avec le mélange éther et chloroforme, et la région ombilicale soigneusement désinfectée.

1° Incision cutanée ovoïde à grand axe vertical et circonscrivant la tumeur et l'ombilic ;

2° L'aponévrose est incisée près de la ligne blanche et l'on essaie de ne pas ouvrir la séreuse péritonéale et de disséquer le fond du petit kyste ; mais la chose est impossible, car il arrive au contact de la séreuse, et cela ne surprend point en raison de l'adhérence de la cicatrice ombilicale au péritoine ;

3° On incise donc le péritoine et l'on enlève en bloc l'ombilic ;

4° La paroi est reconstituée, la gaine des droits est ouverte et leur bord interne est mis à nu.

Le péritoine est suturé à l'aide d'un surjet de catgut ; ce surjet prend également le feuillet profond de la gaine des droits. Les grands droits sont adossés par points de catgut en forme d'U, comprenant aussi le feuillet antérieur de l'aponévrose. La peau est suturée verticalement avec des crins.

Suites normales. Sortie le 25 septembre avec une bonne cicatrice.

Pièce anatomique. — Le trajet fistuleux ombilical est constitué par une petite cavité tapissée par une paroi propre, grisâtre, épaisse d'un demi-millimètre ; sa surface interne est ridée et plissée ; le fond de la poche arrive au contact de la séreuse péritonéale.

Il s'agissait bien d'un kyste dermoïde ombilical, en raison de la présence des poils et de l'aspect ectodermique de la paroi de ce kyste.

OBSERVATION II

(F.-R. Walters, *Lancet*, 1893, vol. I, p. 173)

Homme de 34 ans, atteint de douleurs d'estomac, avec, au même moment, des décharges de matières par l'ombilic. Cela semblait provenir d'une rupture au niveau de l'ombilic. A l'examen, en effet, on vit un ombilic saillant, avec une petite poche épidermique pleine de matière jaunâtre et existant depuis fort longtemps au dire du patient. Cette masse fut enlevée soigneusement, elle était formée de pus contenant des cheveux et de la matière sébacée. La poche avait 2 pouces de diamètre, 1/2 pouce d'ouverture et 3/4 de pouce de profondeur. Pas de hernie.

Toujours très proprement vêtu, le malade faisait beaucoup d'exercice. On supposa au début que les cheveux provenaient d'une ceinture de flanelle qu'il portait constamment.

Il parut hors de doute au docteur Walter qu'il s'agissait là, en réalité, d'un kyste dermoïde en relation avec l'ombilic.

OBSERVATION III

(Lannelongue et Achard. — *Traité des kystes congénitaux*

Kyste pédiculé de l'ombilic.)

Cosse Emile, âgé de 8 ans, est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau le 26 septembre 1885. Cet enfant porte à l'ombilic une petite tumeur du volume d'une noisette, adhé-

rente à la partie inférieure droite de la cicatrice ombilicale, au moyen d'un pédicule étroit et long de 2 millimètres environ. Cette tumeur est lobulée à sa surface et présente notamment deux bosselures principales ; la peau qui la recouvre est mince, mobile et sillonnée de fines arborisations vasculaires. Sa consistance est mollassse, et la palpation y fait reconnaître une fluctuation obscure. L'anneau ombilical n'est nullement élargi et la tumeur est absolument irréductible.

C'est, il y a trois ans seulement, que la mère a remarqué cette tumeur, mais la tante qui a élevé l'enfant l'avait toujours vue depuis l'âge de trois ans. Un frère du petit malade était atteint d'une hernie ombilicale.

Une ligature est placée sur le pédicule et ce dernier est sectionné au dessus de la ligature ; l'écoulement sanguin est insignifiant.

L'ouverture de la tumeur montre qu'il s'agit d'un kyste à parois lisses, contenant un liquide jaunâtre et des grumeaux sébacés blanchâtres.

Examen histologique. — Les coupes de la paroi kystique présentent deux surfaces épidermiques, l'une correspondant à la peau de la cicatrice ombilicale, l'autre au revêtement du kyste. Les caractères de cet épiderme sont à peu près les mêmes sur les deux surfaces ; cependant le *stratum lucidum* est plus mince sur l'épiderme du kyste et les cellules cornées sont desquamées en grande partie et colorées en rose ; en outre, l'épaisseur de cet épiderme du kyste présente des variations notables, et il n'y a de ce côté aucune trace de papilles, tandis qu'on en observe de petites sur la face libre. Entre les deux couches épidermiques se trouve une couche conjonctive contenant les vaisseaux ; en quelques points elle montre une tendance à se dédoubler en deux lames, et même ce dédoublement s'est opéré sur plusieurs coupes par le fait des manipulations, en sorte que la poche est divisée en deux

parois formées chacune d'un derme et d'un épiderme sans poils ni glands.

OBSERVATION IV

(Kyste dermoïde, Langenbeck, 1872, cité par Küster en 1874

in Arch. Langenbeck)

Une fille de 21 ans, Anna A... présente à l'ombilic une tumeur congénitale qui, après être restée longtemps stationnaire, augmente depuis quelque temps.

Cette tumeur arrondie, molle, est reliée par un pédicule au segment gauche de la cicatrice ombilicale.

La tumeur est enlevée et la malade guérit rapidement. Elle se compose d'une cavité renfermant un liquide athéromateux, de la graisse, des cellules épithéliales, des cristaux de cholestérine. L'examen microscopique de la paroi fait reconnaître qu'il s'agit d'un dermoïde.

OBSERVATION V

(*Annals of Surgery*, 1895, p. 296)

Le docteur W. Taylor relate le cas suivant : un homme de 22 ans entre à l'hôpital Saint-Agnès en avril 1895, pour une petite tumeur siégeant sur la ligne médiane de l'abdomen en contact immédiat avec la cicatrice ombilicale. La tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, est dure et douloureuse à la pression. Le malade raconte qu'il a observé des décharges de pus par la cicatrice ombilicale, mais rien de pareil ne s'est produit pendant son séjour à l'hôpital. La tumeur, aug-

mentant de volume et devenant très douloureuse, une intervention chirurgicale est décidée.

On anesthésie le malade ; une incision est pratiquée : une once de matière purulente est évacuée.

En examinant attentivement, on trouva qu'il était possible d'introduire un stylet par l'intermédiaire de l'ombilic dans la cavité de l'abcès. Au fond de cette cavité et en relation avec elle, on découvrit une petite masse de matières analogues à celles qu'on rencontre ordinairement dans les kystes dermoïdes. Cette masse était molle, fluante, et contenait un paquet de cheveux.

On était évidemment en présence d'un kyste dermoïde en communication avec l'ombilic par une petite ouverture ; et c'était là le point de départ d'un abcès de la paroi abdominale. Aucune relation n'existait avec la cavité péritonéale ; la tumeur était strictement limitée à la paroi. On procéda à un curetage complet de l'abcès et du kyste ; on fit l'ablation totale de l'ombilic ; une mèche de gaze iodoformée fut introduite pour le drainage, et la plaie fut refermée.

La guérison s'effectua rapidement et d'une façon très satisfaisante. Le docteur Taylor conclut, en faisant remarquer l'extrême rareté de ces sortes de kystes.

OBSERVATION VI

Kyste dermoïde suppuré de la région ombilicale, par M. Polaillon

(*Gaz. Méd. de Paris*, 11 septembre 1886)

J... Marie, âgée de 30 ans, entre à la Pitié le 27 mai 1885, pour une grosseur siégeant dans la région ombilicale ; le 22, léger suintement de pus par l'ombilic ; le 27, on constate à

son entrée une tuméfaction au niveau de l'ombilic. On diagnostique : abcès de la paroi.

Le 12 mai, la malade quitte l'hôpital sans être tout à fait guérie. Elle revient le 22 ; le 25, incision qui donne issue à un pus épais. Le 29, issue de fragments de membranes analogues à des hydatides. Ces fragments, examinés au microscope, présentent un aspect fibrineux. Le 8 juin, on voit sortir une masse de matière sébacée grosse comme une noix ; le 17 juin la malade quitte l'hôpital presque entièrement guérie.

OBSERVATION VII

(Compte rendu du Congrès des Chirurgiens de Berlin

Séance du 9 mars 1891)

P. Guëterbock lit une observation sur un cas de kyste dermoïde de la région ombilicale. Il présente une malade de 16 ans atteinte d'un kyste dermoïde de la grosseur d'une tête d'enfant nouveau-né. L'orateur, dans sa conclusion, remarque la rareté de ces tumeurs à l'ombilic et leur tendance à la suppuration. Il traite la tumeur par incision et évidemment.

Von Bergmann a vu un kyste dermoïde dans la région ombilicale.

J. Israël a observé un kyste dermoïde ulcéré de petites dimensions sur un homme de 20 ans.

OBSERVATION VIII

Kyste dermoïde ad ombilical

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur Verneuil)

M. O..., officier russe, 27 ans, de stature moyenne et jouissant d'une assez bonne santé, vient me consulter en juin 1886 pour une petite tumeur de la paroi abdominale, située exac-

tement à gauche de l'ombilic et tangente à la dépression ombilicale.

Cette tumeur, du volume d'une noix, était arrondie, régulière, indolente, sans changement de couleur de la peau et de consistance demi-fluctuante. La toux, l'effort, ne la faisaient point augmenter de volume : la pression ne la réduisait pas. Elle existait depuis plus de deux ans et n'avait fait de progrès que dans les derniers mois ; la pression du ceinturon était un peu pénible.

Le diagnostic différentiel devait porter sur une petite hernie ombilicale, sur un kyste ou sur un lipome. Je m'arrêtai à cette dernière hypothèse. L'opération ayant été résolue et le chloroforme administré, je fis une incision de deux centimètres, comprenant la peau et le tissu adipeux sous-cutané, qui présentait une épaisseur assez considérable. Arrivé sur la tumeur, je l'ouvris par mégarde avec la pointe du bistouri : il s'en échappa un liquide clair et je reconnus avoir affaire à un sac kystique.

J'en fis l'énucléation et rapprochai les lèvres de la plaie après l'avoir lavée à l'eau phéniquée. Quelques boulettes d'ouate hydrophile et quelques compresses de gaze antiseptique composèrent le pansement. La réunion se fit d'elle-même, sans suture, et quatre jours plus tard, la convalescence était effectuée.

L'examen histologique a été pratiqué par notre excellent collègue et bien cher ami S. Clado. « Ce kyste présente le volume d'une grosse noix. Sa paroi, d'un blanc bleuâtre, fibreuse, est très mince et uniforme dans son épaisseur. Sa face interne présente un aspect granuleux résultant de la présence d'une couche caséuse très peu épaisse et comme granuleuse. Rien à l'œil ne fait prévoir sa structure. Le contenu est un liquide séropurulent, et remplit à peu près complètement la poche kystique.

A l'examen microscopique, on y trouve des globules blancs en assez grande quantité, quelques globules rouges, des gouttelettes de graisse en grande quantité et des débris de glandes sébacées ; on y trouve en outre des poils nombreux, très ténus et petits.

Ce liquide, cultivé dans la gélatine, a fourni des colonies de diplocoques, qui ne présentèrent aucune odeur particulière.

Il a été impossible de faire des coupes totales de la paroi. Les dissociations ont montré que cette paroi était constitué par du tissu conjonctif dans la presque totalité. Dans la paroi, il n'existe ni éléments glandulaires, ni follicules pileux.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes dermoïdes de l'ombilic sont très rares ; ils ont été souvent confondus avec les productions qui se développent dans cette région.

II. — La théorie de l'inclusion ectodermique, formulée par Verneuil et reprise plus tard par Lannelongue et Achard, sous le nom de théorie de l'enclavement, est la seule qui puisse expliquer la genèse de ces kystes.

III. — La structure intime en est très simple.

IV. — Leur symptomatologie n'offre rien de bien spécial.

V. — Le pronostic est bénin dans la grande généralité des cas ; seules, quelques complications peuvent parfois l'assombrir.

VI. — Le diagnostic n'offre ordinairement pas de grandes difficultés, mais il est difficile de se prononcer sur le contenu du kyste.

VII. — Le traitement demeure ce qu'il doit toujours être quand il s'agit de kyste dermoïde : l'extirpation radicale, qui, dans cette région, comprendra souvent l'ablation de l'ombilic et la reconstitution solide de la paroi abdominale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. Tome I.
LEBERT. — Société de chirurgie, 1852.
CUSSET. — Thèse de Paris, 1877.
LANNELONGUE et ACHARD. — 1886. Traité des kystes congénitaux.
HEURTAUX. — Article kystes. In Dict. de Jaccoud.
VILLAR. — Tumeurs de l'ombilic. Thèse de Paris, 1886.
LANGENBECK. — Kyste dermoïde. In Archiv Langenbeck, 1874.
POLAILLON. — Kyste dermoïde suppuré de la région ombilicale.
(Gazette médicale de Paris, 11 septembre 1886).
GUETERBOCK. — Deutsch med. Wochensch. 1891.
NICAISE. — Dictionnaire encyclopédique, 1881. Vol. 15, p. 177.
BLUM. — Archives générales de médecine, 1876.
VILLAR. — Gazette des hôpitaux, 1890.
H. GIANNETTASIO. — Archives générales de médecine, 1900, p. 52.
DUPLAY. — Thèse d'agrégation, 1886.
AUGAGNEUR. — Thèse d'agrégation, 1886.
ATHOL JOHNSON. — Kyste de l'ombilic. Gazette des hôpitaux, 1882.
NICAISE. — Revue de chirurgie, janvier 1883.
CODET DE BOISSE. — Thèse de Paris, 1883.
DUPLAY. — Tumeurs de l'ombilic. Path. externe, 1878.
Annals of Surgery, 1896, p. 296.
The Lancet, July 1888, p. 16.
The Lancet, 1893. Vol. I, p. 173.

BLOT. — Bull. de la Société de Chirurgie, 29 avril 1874. 3^e série
t. III, p. 236.

LANNELONGUE et FRÉMONT. — De quelques variétés de tumeurs congénitales de l'ombilic. (Archives générales de médecine, 1884. Vol. 1^{er} janvier, p. 36.)

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 mars 1906.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
A. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 mars 1906.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SECRET

CONFIDENTIALITY OF INFORMATION
IS A MAJOR CONCERN OF THE
FEDERAL GOVERNMENT. IT IS
THE POLICY OF THE DEPARTMENT
OF DEFENSE TO PROTECT
ALL INFORMATION OF A
NATURE WHICH, IF DISCLOSED,
COULD BE DETRIMENTAL TO THE
NATIONAL DEFENSE. IT IS
THE POLICY OF THE DEPARTMENT
OF DEFENSE TO PROTECT
ALL INFORMATION OF A
NATURE WHICH, IF DISCLOSED,
COULD BE DETRIMENTAL TO THE
NATIONAL DEFENSE.



