de la poche, une incision circulaire qui entame la membrane et le tissu qui la double, de manière à pouvoir saisir commodément, avec des pinces à griffes, cette membrane et, à l'aide d'un instrument mousse ou de la pointe des ciseaux, la disséquer lentement vers l'orifice, en la laissant doublée d'une certaine quantité de tissu sous-jacent. En s'approchant de l'orifice vertébral, on rencontre le plexus veineux; il faut redoubler d'attention pour éviter un écoulement de sang abondant.

Fig. [illegible]
Spina-bifida lombaire compliqué de pied bot. Opéré.

On obtient ainsi une collerette qui est ramenée sur l'orifice et de suite suturée en masse avec un surjet de catgut.

Le rapprochement de la plaie superficielle est quelquefois fort difficile quand on a dû sacrifier une grande partie de la poche impropre à la réparation à cause de son peu d'épaisseur. De forts crins de Florence passés de part en part à une grande distance des bords de la plaie suffisent cependant pour les rapprocher et la réunion *per primam* est la règle. Mais il faut attacher un tel prix à l'occlusion profonde de l'orifice de communication qu'un rapprochement incomplet de la plaie cutanée ne nous paraîtrait pas devoir compromettre le résultat définitif quand cette occlusion est complète et peut empêcher l'infection du canal vertébral et le suintement du liquide céphalo-rachidien. Le bourgeonnement sous un pansement aseptique assurerait la cicatrisation superficielle.

Est-il nécessaire pour prévenir la récidive de tenter d'une

façon plus radicale la réparation profonde de l'orifice de communication? Plusieurs procédés ont été proposés. 1° La transplantation de lambeaux du périoste (Robson, Berger): 2° l'auto-ostéoplastie par les lames vertébrales (Dollinger, Zenenko); 3° l'auto-ostéoplastie par l'os iliaque ou les côtes à travers l'incision prolongée (Bobroff). La récidive est rare et ces procédés sont au moins des complications inutiles.

7° Indications générales. — Tout sujet atteint de malformations trop étendues, tout sujet faible et sans espoir sérieux de survie doit être abandonné. L'intervention est inutile dans le cas de tumeur peu saillante et à parois résistantes.

La paralysie, les malformations qui ne sont pas accompagnées de faiblesse congénitale marquée ne sont pas des contre-indications.

L'hydrocéphalie tant redoutée à juste titre, quand elle est peu considérable n'est pas davantage une contre-indication, car si elle se produit après l'opération on la voit aussi s'arrêter et il n'est pas possible de juger d'avance si elle se produira ou si elle s'accentuera.

A quel âge faut-il opérer ? De suite ou peu de temps après la naissance, si la tumeur s'est rompue ou menace de se rompre. Dans le cas contraire, on attend pour demander à l'âge du sujet, à sa résistance de meilleures conditions de succès.

La cure radicale donne 70 p. 100 de succès entre les mains exercées, chiffre suffisant pour justifier une opération qu'on a, jusqu'à ces derniers temps, considérée comme téméraire.

ARTICLE II

INFUNDIBULUM PARACOCCYGIEN

Signalé en 1867 par Kuhn (de Strasbourg), l'infundibulum paracoccygien se présente comme une dépression ombiliquée de la peau placée sur la face postérieure de l'extrémité du sacrum et plus ou moins rapprochée du coccyx.

1° Anatomie pathologique et symptômes. — L'infundibulum est ordinairement unique ; plusieurs dépressions dénotent ordinairement un travail inflammatoire antérieur et la formation de trajets fistuleux.

Sa forme est variable : petite dépression à peine marquée ; ombilic profond à contours arrondis ou à plis rayonnés ou bien anfractueux.

Sa profondeur est également bien différente. Entre la simple dépression et la fistule véritable dont le trajet va se perdre dans le voisinage de la membrane sacrée ou sur le coccyx, il existe des intermédiaires.

La paroi de l'infundibulum formée par la peau normale doublée profondément de tissu conjonctif épaissi la reliant à l'os, subit souvent des altérations ; il se produit des ulcérations, des accumulations épithéliales et consécutivement des inflammations et des abcès du voisinage : suintement séreux et séro-purulent, tumeurs kystiques à contenu sébacé et phlegmons à leur suite, fistules à trajets multiples ou uniques peuvent donc être la conséquence d'une petite malformation congénitale qui le plus souvent reste indolente et oubliée. Sur 130 sujets Lannelongue aurait constaté 95 fois l'existence de l'infundibulum.

Même quand l'infundibulum est profond, le toucher rectal ne donne aucun renseignement. L'examen au stylet reste aussi sans résultat, à moins qu'il se soit produit des abcès, de la suppuration ; on découvre alors une cavité sous-cutanée quelquefois assez large.

2° Pathogénie. — Tourneux et Herrmann admettent que des adhérences entre la prolongation coccygienne du tube médullaire et le tégument externe, dès le début de la vie intra-utérine, peuvent expliquer cette ombilication de la peau qu'on voit plus tard disparaître le plus souvent. Cette théorie satisfait davantage que celle de spina-bifida proposée par Kuhn.

3° Diagnostic. — Le spina-bifida occulta, les fistules ostéopathiques, les fistules ano-rectales, sont les affections avec

lesquelles on pourrait confondre l'infundibulum. Les signaler suffit.

4° Traitement. — En indiquant les divers états qui peuvent être liés à la présence de l'infundibulum para-coccygien, on trace exactement le traitement. Il n'y a rien à faire quand il n'y a pas de complication. L'incision, la destruction énergique par le feu ou l'instrument tranchant du trajet qui suppure se trouvent indiquées dans le cas contraire.

ARTICLE III

TUMEURS SACRO-COCCYGIENNES

Duplay par son mémoire sur les *tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne*, Lannelongue et Achard par une étude sur les *kystes d'origine congénitale* sont les auteurs qui nous ont le mieux fait connaître les tumeurs para-coccygiennes dont l'histoire est encore entourée de bien des obscurités. Sous cette désignation on comprend en effet des tumeurs congénitales, souvent volumineuses à la naissance, susceptibles de devenir des causes sérieuses de dystocie et d'acquérir peu de temps après la naissance un volume plus considérable encore.

1° Anatomie pathologique et symptômes. — Ces tumeurs, dont le volume peut être quelquefois excessif au point de descendre jusqu'à l'extrémité des membres inférieurs, ont une forme et une consistance des plus variables, mais toutes cependant ont des traits de ressemblance. Recouvertes d'une peau à poils souvent exubérants, sillonnée de veinosités, épaissie sur certains points, amincie sur d'autres, quelquefois perforée par des trajets qui laissent s'échapper de la sérosité, du sang, du pus ou des liquides analogues au méconium ; elles ont une consistance molle et dure par places et paraissent composées de parties solides et de collections liquides en proportions variées. Quelques-unes contiennent des portions plus dures, osseuses ;

quelques autres donnent la sensation des lobules graisseux, des vrais lipomes.

Un caractère à peu près constant est d'avoir leur point d'origine sur la face antérieure du sacrum et du coccyx et de se développer d'abord dans l'excavation du bassin et ensuite en dehors pour se répandre dans la direction des membres inférieurs. Seules les petites tumeurs oblongues en forme d'appendice caudal font exception à cette règle générale.

Leur expansion du côté du bassin leur fait repousser la vessie et le rectum avec l'anus en avant, tandis que le sacrum et le coccyx qui peut être luxé, se dévient en arrière : elles arrivent même à encombrer la cavité abdominale et à remonter jusqu'à l'ombilic. En dehors du bassin, elles acquièrent souvent un volume énorme, mais on a remarqué qu'elles ne s'étendaient pas de chaque côté dans la direction des fessiers. Elles sont souvent très vasculaires.

De leurs rapports et de leur masse peuvent résulter des compressions sur les organes pelviens et des troubles fonctionnels graves. Le plus souvent elles sont indolentes en elles-mêmes.

Les opérations et les autopsies se trouvent en accord avec l'examen clinique pour faire constater qu'à côté de caractères communs tels que la présence de parties kystiques et de parties solides associées se trouvent des différences marquées. basées sur la prédominance de tels ou tels tissus qui justifient la classification de Duplay.

2° Variétés. — Elles comprennent l'inclusion fœtale, le spina-bifida et des tumeurs diverses.

a. *Inclusions fœtales.* — Toutes ces tumeurs recouvertes par une peau plus ou moins modifiée ont une enveloppe fibreuse au-dessous de laquelle se présente une deuxième enveloppe analogue comme texture aux membranes muqueuses et donnant naissance à des prolongements, à des masses dans lesquelles on reconnaît des tissus bien différents. C'est ainsi que dans les tumeurs dites à *inclusions fœtales* tous les tissus de l'économie ont été rencontrés : portions osseuses ébauchées, informes, de la clavicule, du crâne, des maxillaires, des dents ;

masses cornées en forme d'ongles ; organes divers représentant la langue, l'intestin ; matière cérébrale, associée à du tissu conjonctif, à de la graisse ; ébauches des membres ou de certaines régions du corps représentant presque le monstre hétéradelphe.

b. *Spina-bifida.* — On admet, à cause de communications, rares il est vrai, avec le canal sacré, et d'une apparence kystique à contenu liquide, le spina-bifida para-coccygien ; mais rien ne paraît bien établi dans ce sens, et ces spina-bifida sacrés, si éloignés de la région où le spina se développe, pourraient bien n'être que des variétés des tumeurs kystiques sacro-coccygiennes.

c. *Tumeurs diverses ; néoplasmes.* — Cette dernière catégorie est composée de tumeurs dont l'accroissement est plus rapide, mais qui, en dépit de leur organisation spéciale se rapprochant souvent des tumeurs malignes, ne se généralisent pas. Parmi les plus bénignes on rencontre d'abord ; 1° des kystes multiloculaires (hygromas sacrés) ; 2° des appendices caudiformes, dont la structure rappelle l'appendice caudal des animaux par la présence de petites vertèbres coccygiennes surnuméraires ; 3° de simples lipomes appendus à la région par un pédicule étroit. Viennent ensuite, plus graves, des fibromes, des cysto-fibromes, des sarcomes et des cysto-sarcomes, des lymphangiomes et des angio sarcomes ; enfin des masses composées de tous ces divers éléments réunis et qui témoignent de la difficulté qu'ont eue les anatomo-pathologistes pour établir une classification et proposer une pathogénie acceptable.

3° Pathogénie. — L'hydrorachis modifié, la dégénérescence de la glande de Luschka, l'inclusion fœtale, l'évolution défectueuse du canal neurentérique reliant primitivement l'intestin à la gouttière vertébrale ont été admises comme causes premières des tumeurs sacro-coccygiennes considérées par d'autres comme des lymphangiomes, mais la diversité des tumeurs elle-même s'inscrit en faux contre ces théories ou les rend très discutables.

4° Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic doit s'efforcer de reconnaître d'abord la nature même de la tumeur : œuvre souvent difficile sinon impossible, ensuite les connexions profondes qu'on pourra établir par les ponctions, l'exploration de l'abdomen, le toucher rectal. Il convient en effet de prendre un parti et de bien établir de suite si une tumeur est opérable ou non opérable. La marche rapide, l'état de faiblesse où sont ordinairement les enfants atteints de ces affections congénitales assombrissent le pronostic : la mort est la règle et l'on compte, à titre d'exception, les rares sujets qui ont vécu. Un appendice caudiforme n'est rien, une grosse tumeur est une menace de mort prochaine.

Il faut enfin se préoccuper d'autres malformations qui pourraient accompagner la tumeur.

5° Traitement. — Le volume, la nature et les connexions guident le chirurgien et tracent sa conduite pour l'époque à laquelle il doit opérer. On aura souvent la main forcée et plutôt que de laisser périr un enfant voué à une mort certaine, on sera autorisé à agir presque de suite après la naissance si la tumeur peut être enlevée sans menaces sérieuses pour les organes du voisinage.

L'extirpation au bistouri seule est indiquée.

ARTICLE IV

DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE

La colonne vertébrale a normalement un aspect caractéristique par la superposition de ses courbures, qui toutes sont disposées dans le sens antéro-postérieur. Toutes les fois qu'une modification quelconque se produira dans la configuration de la région rachidienne pour exagérer ses courbures normales ou l'incliner à droite ou à gauche d'une manière permanente, on dira qu'il y a déviation de la colonne vertébrale : déviation latérale par inclinaison avec torsion du rachis, c'est la scoliose de beaucoup la plus intéressante ; déviation antéro-postérieure, ce sont : la *cyphose*, si la concavité anormale regarde en avant et la *lordose* si l'on a affaire à une courbure pathologique à convexité antérieure.

Il faut savoir que les différentes déviations peuvent être associées chez le même sujet : dans quelques cas, une de ces déformations entraîne au-dessus et au-dessous d'elle, dans les segments rachidiens voisins, des courbures de compensation : on observe alors une déviation *primitive* et des déviations secondaires ou *de compensation*.

§ 1. — Scoliose

La scoliose est une déviation latérale de la colonne vertébrale survenant chez les adolescents, surtout chez les filles ; progressive, susceptible de devenir permanente sous l'influence des lésions des vertèbres, des ligaments et des muscles.

Fig. 73.
Scoliose simple, surélévation de l'omoplate gauche par mauvaise attitude intermittente.

1° Division. — C'est là la vraie scoliose, car il y a aussi les fausses scolioses symptomatiques d'affections viscérales (pleurésies chroniques), de lésions des membres inférieurs (raccourcissement, paralysie, contracture ou déviation), mais il faut savoir que si au début les deux groupes se séparent ; ils se confondent à mesure que l'attitude vicieuse symptomatique dure, car elle retentit, quel que soit son point de départ, sur les os, les ligaments et des muscles au même titre et de la même manière que la scoliose essentielle qui débute sans cause apparente.