

soit très difficile; une fois l'attention éveillée, la dureté, la forme, les connexions, l'immobilité de la masse pourront la faire reconnaître.

B. — ENCHONDROMES

Sur vingt (20) observations réunies par HAVAGE, l'enchondrome intéressait douze (12) fois des hommes et la plupart des cas surviennent vers l'âge moyen de la vie; un petit nombre existaient chez des vieillards. Si dans trois (3) faits on a pu invoquer le traumatisme comme cause prédisposante, il est plus juste de faire jouer un rôle important à l'hérédité.

Anatomie pathologique. — Ce néoplasme siège de préférence aux deux extrémités du diamètre antérieur; le pubis et l'ischion constituent de véritables lieux d'élection. De toutes les tumeurs osseuses du bassin, ce sont celles qui acquièrent le plus grand volume. Quelques-unes avaient un poids énorme (27 livres) ou mesuraient jusqu'à 1 mètre de circonférence. Fermes et durs tant qu'ils sont peu volumineux, les chondromes se ramollissent plus tard en certains points ou encore subissent la dégénérescence kystique. On a noté la propagation d'une de ces tumeurs aux ganglions inguinaux.

Symptômes. — Avec DOLBEAU, nous diviserons tous les enchondromes du bassin en deux groupes, suivant qu'ils sont externes ou internes. Les premiers, presque tous publiens, soulèvent le pli inguinal et se portent vers le triangle de Scarpa ou la fosse iliaque. Les autres, implantés sur la face antérieure du sacrum ou sur l'ilium près de l'articulation sacro-iliaque, sont toujours intrapelviens et ne révèlent leur présence que par les troubles fonctionnels qu'ils déterminent par compression. Malgré cela l'état général reste bon pendant longtemps et la plupart des malades succombent à l'hecticité ou à une complication intercurrente. La durée moyenne de la survie serait de quatre ans.

C. — FIBROMES

Ces tumeurs d'origine osseuse ou périostique ont été, il y a quelques années, l'objet d'études intéressantes de SALESSES et de NICAISE; elles prennent naissance au niveau de la crête iliaque, dans la fosse iliaque ou le bassin, en général dans les points où les aponévroses se confondent avec le périoste. Les kystes et les foyers ramollis ne sont pas rares dans leur intérieur. Le malade de NICAISE avait soixante-neuf ans, celui de SMITH dix-neuf mois. Un fibromyxome observé par TILLAUX était adhérent au coccyx.

D. — KYSTES HYDATIQUES

HAVAGE a pu réunir neuf (9) cas de kyste hydatique du bassin, de sorte que par ordre de fréquence cette portion du squelette occuperait le second ou le troisième rang après le tibia; trois fois un traumatisme aurait été invoqué par les malades. Ces kystes apparaissent d'ordinaire à la partie moyenne de l'os iliaque près de l'acétabulum; cependant on les a vus au pubis et au sacrum. Leur évolution est assez lente au début, ultérieurement leur marche destructive

devenant plus active, ils donnent lieu à des désordres énormes (envahissement de la hanche, du fémur, du sacrum, des vertèbres, du canal rachidien; fractures multiples de l'os iliaque boursoufflé). De plus le liquide des kystes a une assez grande tendance à devenir purulent; néanmoins la durée de l'affection est toujours longue, et certains individus ont survécu quinze à vingt ans. Parmi les causes de la mort, mentionnons la septicémie spontanée ou consécutive à l'intervention et l'hecticité. (Voyez t. I^{er}, p. 849.)

E. — OSTÉOSARCOMES

Étiologie. — Contrairement à ce que l'on voit pour les autres os du squelette, l'ostéosarcome du bassin est aussi fréquent dans les deux sexes. HAVAGE attribue ce fait aux fonctions importantes du bassin chez la femme. Il apparaît habituellement plus tard, en moyenne vers l'âge de quarante ans. Si l'hérédité, les maladies antérieures paraissent jouer un rôle bien effacé dans la production de ces tumeurs, il n'en est pas de même de la grossesse. Dans quatorze (14) cas sur vingt-cinq (25) femmes, son influence était incontestable; tantôt elle prédispose à l'affection, tantôt elle active sa marche. Un certain nombre d'ostéosarcomes étaient consécutifs à un traumatisme ou à la propagation d'une tumeur maligne du voisinage (utérus).

Anatomie pathologique. — L'ostéosarcome siège de préférence au niveau de la portion moyenne de l'os iliaque et des fosses iliaques; on l'a cependant vu débiter dans le pubis et le sacrum. Intimement liée à l'os au début, la tumeur devient ensuite saillante, en même temps qu'elle s'étale sans jamais se pédiculiser. La plupart atteignent le volume d'une tête de fœtus ou d'adulte, mais quelques-unes étaient plus grosses. Complètement développés, les ostéosarcomes présentent une forme arrondie, légèrement bosselée, une consistance dure, élastique, parfois fluctuante. Au niveau de la masse la peau conserve longtemps son aspect; elle est sillonnée par un lacis de grosses veines flexueuses; les ulcérations paraissent rares. Les veines, les artères, les nerfs sont tôt ou tard comprimés, d'où les œdèmes et des souffrances; de même le déplacement des viscères donne lieu à des troubles fonctionnels multiples. Si le néoplasme intéresse le cotyle et se propage au fémur, l'articulation coxo-fémorale est d'ordinaire profondément altérée; c'est là une particularité qui distingue l'ostéosarcome du bassin. Les autres portions du squelette pelvien et les os voisins se font remarquer par une friabilité exceptionnelle. La fracture spontanée du fémur relevée six fois par HAVAGE serait la conséquence de cette sorte d'ostéomalacie cancéreuse. Ajoutons que l'ostéosarcome infecte rarement les ganglions souvent gonflés, se généralise aux viscères et particulièrement aux poumons dans un cinquième des cas. Sans doute il s'agit d'un processus embolique.

Symptômes. — 1^o *Période de début.* — L'affection commence par une douleur tantôt sourde, circonscrite, tantôt irradiée et présentant de grandes analogies avec la sciatique, parfois subite et très aiguë. Le gonflement n'est pas perceptible dès le début.

2^o *Période d'état.* — Lorsque la tumeur existe, on la reconnaît aux caractères

tères fort variables énumérés plus haut ; le lacis veineux de la peau, la crépitation fine que les doigts perçoivent ; les pulsations, le souffle dans quelques cas, l'élévation de la température locale ont également de l'importance pour le diagnostic. La compression nerveuse se traduit par des névralgies sciatiques, des douleurs constantes, paroxystiques, avec exacerbation nocturne, des troubles de la motilité, de la sensibilité, de la nutrition, surtout lorsque le canal sacré est intéressé. Comme conséquence de la gêne de la circulation veineuse, signalons l'œdème unilatéral fréquemment observé. Au voisinage des articulations, l'ostéosarcome détermine encore tous les signes de la coxalgie et de la sacro-coxalgie. Vers la fin de la période d'état, les tumeurs, si elles sont intra-pelviennes, commencent à comprimer les organes et à engendrer de graves troubles fonctionnels ; en même temps la fièvre apparaît avec ses exacerbations vespérales.

3° *Période cachectique.* — L'état général jusque-là assez bien conservé périclité, l'amaigrissement fait des progrès, l'œdème augmente, les douleurs très vives contribuent aussi à la déchéance organique ; toutes les fonctions languissent et les patients succombent dans le marasme ou par suite de quelque complication (pleurésie, péritonite). La durée moyenne du mal serait de seize mois.

F. — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Diagnostic. — Laissant de côté les tumeurs intra-pelviennes liées à l'utérus, au rectum, à la vessie, qui ont des symptômes propres, nous chercherons à poser les règles qui permettront de distinguer les diverses espèces dont nous avons parlé.

Si l'hérédité, les antécédents morbides du malade peuvent rendre quelques services, ils ont une importance bien moindre que la grossesse et la forme. Toute tumeur du bassin qui survient dans l'état puerpéral peut être regardée *a priori* comme un ostéosarcome. L'exploration la plus minutieuse, la palpation, le toucher rectal, vaginal, l'auscultation, le cathétérisme devront être utilisés pour le diagnostic.

Malgré ces signes, le diagnostic des tumeurs du bassin présente souvent de grandes difficultés. Ainsi on a pris les kystes hydatiques pour des abcès ossifluents et la ponction ne lève pas toujours les doutes. De même l'ostéosarcome ramolli a été confondu avec des abcès, la coxalgie. C'est surtout avec l'anévrysme iliaque que la confusion est le plus facile à faire. PAGET, LISFRANC, HART, STANLEY ont cité des observations qui démontrent les perplexités des chirurgiens en pareille occasion. A l'exemple d'OLLIER, avant d'en venir à une opération, il sera prudent de pratiquer une ponction capillaire.

TABLEAU DES SIGNES DISTINCTIFS ENTRE LES TUMEURS DU BASSIN

Exostose.	Chondrome.	Ostéosarcome.	Kystes hydatiques.
Peu douloureuse.	Peu douloureux.	Douleurs avant l'apparition de la tumeur. Sciatique.	Peu douloureux au début.
Tumeur dure de consistance osseuse, grossièrement lobulée.	Tumeur dure et de consistance inégale. Fluctuation possible à la fin.	Tumeurs avec bosselures régulières. Crépitation parcheminée.	Tumeurs arrondies fluctuantes circonscrites présentant un rebord osseux périphérique.
Siègent sur le diamètre antéro-postérieur du bassin.	Siègent sur le diamètre antéro-postérieur du bassin.	Siègent sur l'os iliaque.	Développement insidieux.
Développement insidieux.		Développement brusque ; surviennent après la grossesse. Marche rapide.	Marche lente.
Phénomènes de compression tardifs. Marche lente. Petit volume.	Phénomènes de compression tardifs. Marche lente. Atteignent parfois un grand volume.	Volume variable ; font intimement corps avec l'os.	Volume considérable. Crépitation parcheminée.
Intégrité prolongée de la santé.	Intégrité prolongée de la santé.	Altérations rapides de la santé.	Issue d'un liquide séreux par la ponction.
Pas d'ulcérations.	Ulcérations rares. Peau amincie, décollée, distendue.	Ulcérations rares néoplasiques, adhérentes, recouvertes de bourgeons.	

Traitement. — L'expectation et le traitement palliatif constituent la règle pour les tumeurs du bassin ; le chirurgien ne doit s'écarter de ce précepte que s'il est forcé par les circonstances : douleurs très vives, accidents de compression menaçant l'existence, accroissement rapide du néoplasme. Sur cinq (5) cas où l'on a enlevé des enchondromes, il y a eu quatre guérisons. REGNOLI, ROGNETTA, DUPLAY, PAULET ont extirpé des exostoses. Les résultats sont moins encourageants pour l'ostéosarcome, à cause des récidives (ANGER, BÆCKEL). Les kystes hydatiques devront être ouverts largement et drainés d'après la méthode antiseptique. RECZEY perdit un malade d'érysipèle au bout de trois mois.

2° TUMEURS SACRO-COCYGIENNES

Bibliographie. — LOTZBECK, *Die angeborenen Geschwulste der hinteren Kreuzbeingegend*, München, 1858. — C. PAUL, *Arch. gén. de méd.*, 1862, t. XX, p. 495. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, décembre 1868. — BRAUNE, *Die Doppelbildungen u. angeborene*

Geschw. d. Kreuzbeingegend, Leipzig, 1868. — DEPAUL, *Archives de tocologie*, 1877.
— BALLEZ, *Soc. anat.*, 1878.
Thèses de Strasbourg. — 1846, VELING. — 1860, PERRIN. — 1868, MOLK.

Par leur singularité, le volume qu'elles peuvent acquérir, les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne méritent de fixer quelques instants l'attention. DUPLAY, qui les a particulièrement étudiées, les divise en cinq groupes : 1° les kystes ; 2° les sarcomes, les cysto-sarcomes et les fibromes ; 3° les lipomes ; 4° les tumeurs caudales ; 5° les tumeurs de nature complexe.

Étiologie. — On est encore fort embarrassé pour expliquer la pathogénie



Fig. 179. — Spina-bifida simulans un appendice caudal. (Extrait du *Bulletin de thérapeutique*, t. L, p. 501.)

des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes, l'opinion la plus plausible est celle qui admet des origines diverses. Certaines tumeurs kystiques appartenant manifestement au groupe des inclusions fœtales, contiennent des fœtus parasites plus ou moins adhérents et constitués par des parties solides, sortes d'amas de membres rudimentaires. La présence de masses nerveuses ayant quelque analogie avec le cerveau et le cervelet, de matières grasses, a également été signalée dans ces kystes par inclusion. Ils sont presque toujours adhérents au sacrum ou au coccyx, sans avoir de communications avec le canal rachidien.

D'autres auteurs affirment que diverses tumeurs sacro-coccygiennes représentent des hydrorachis avec spina-bifida (fig. 179). Si cette interprétation est acceptable pour un petit nombre de néoplasmes du sacrum, elle cesse de l'être pour ceux qui adhèrent au coccyx seulement, et en tout cas ce groupe

serait très restreint. Quelques-unes de ces productions morbides ne seraient autre chose que des hernies des enveloppes de la moelle avec le tissu médullaire lui-même à travers l'hiatus normal du canal sacré (MOLK). D'ailleurs il s'agit encore là de tumeurs complexes qui présentent plus d'une analogie avec les cysto-sarcomes.

Le plus grand nombre des tumeurs sacro-coccygiennes prennent naissance à la face antérieure du sacrum ou du coccyx, auxquels elles adhèrent et viennent faire saillie dans le triangle périnéal postérieur, refoulant le coccyx en arrière. LUSCHKA, BRAUNE pensèrent que ces diverses productions avaient leur origine dans la glande coccygienne. Si quelques faits paraissent favorables à cette interprétation, d'autres lui paraissent contraires, car certaines tumeurs contiennent des éléments bien différents de ceux de la glande de Luschka. De nouvelles recherches sont nécessaires pour expliquer la pathogénie de ces tumeurs.

Anatomie pathologique. — Comme la structure de ces néoplasmes diffère d'une variété à une autre, nous les passerons successivement en revue.

1° *Kystes ou hygromas sacrés.* — Ces tumeurs multiloculaires, susceptibles d'acquérir d'assez grandes dimensions, pédiculées, adhérentes au coccyx, communiquent exceptionnellement avec le canal rachidien, elles sont seulement séparées de la peau qu'elles soulèvent par une membrane fibreuse. Un épithélium tapisse la face interne des cavités kystiques ; quant au contenu, c'est tantôt une sérosité citrine, albumineuse, tantôt un liquide gélatineux et plus foncé ; ailleurs on a trouvé des caillots sanguins.

2° *Sarcomes.* — Ils semblent constituer un groupe important assez peu étudié. Habituellement ces tumeurs distendent la peau du périnée, refoulent en arrière le sacrum et le coccyx. Une des particularités intéressantes de ces néoplasmes, est l'existence d'une capsule d'enveloppe de nature conjonctive qui les rattache au coccyx. Les cysto-sarcomes ressembleraient à ceux de l'ovaire, seraient multiloculaires, et leur paroi interne tapissée par un épithélium. Les notions que nous possédons actuellement sur la structure de ces néoplasmes ne permettent pas de dire si toutes les variétés du sarcome s'y trouvent représentées.

DUPLAY range dans le même groupe que les sarcomes les fibromes et les cysto-fibromes encore plus mal connus.

3° *Lipomes.* — Leur structure n'offre rien de spécial ; comme les autres tumeurs, ils sont rattachés au coccyx ou au sacrum par un pédicule. Quelques-uns acquièrent des dimensions considérables et descendent jusqu'au genou. D'ailleurs les exemples de lipomes sacro-coccygiens sont très rares, puisque MOLK n'a pu en réunir que cinq observations.

4° *Tumeurs caudales.* — Elles sont représentées par des appendices qui forment un rudiment de queue ; en effet, on retrouve dans leur intérieur un certain nombre de vertèbres coccygiennes supplémentaires ; dans d'autres cas il s'agit d'un appendice graisseux. On a vu ces tumeurs caudales atteindre la longueur d'un pied ; VIRCHOW en a publié une nouvelle observation (1884).

5° *Tumeurs complexes.* — A côté des variétés précédentes, assez bien établies, il en est d'autres beaucoup plus obscures dans lesquelles la tumeur ren-

ferme les éléments les plus dissemblables (tissu fibreux, amas graisseux et calcaires, cartilage, fibres musculaires lisses ou striées, masses osseuses); parfois elles contiennent des kystes et des éléments glandulaires analogues à ceux que l'on trouve dans la glande de Luschka.

Symptômes. — Toutes les tumeurs coccygiennes, quelle que soit leur variété, ont un certain nombre de caractères communs; elles forment une saillie anormale, pédiculée ou sessile à la partie postérieure du périnée et en général refoulent le coccyx et le sacrum. A leur niveau, la peau distendue, amincie, violacée, s'ulcère quelquefois et par ces plaies s'écoule un liquide séreux. La cavité varie beaucoup d'un cas à un autre suivant qu'il y a ou non des cavités kystiques; quelques-unes sont franchement fluctuantes. En général indolents, les néoplasmes sacro-coccygiens peuvent être comprimés sans danger, mais ils ne se réduisent pas par cette manœuvre. On conçoit facilement que le néoplasme entraîne des troubles de la défécation et de la miction lorsque des prolongements remplissent plus ou moins le petit bassin.

Marche. — Plusieurs espèces de tumeurs sacro-coccygiennes, comme les appendices caudiformes, appartiennent aux monstruosité et par suite restent stationnaires. D'autres, au contraire, acquièrent des dimensions considérables et ne tardent pas à amener la mort. En outre, ces dernières sont encore exposées à des complications multiples, telles que l'inflammation, la suppuration; aussi les exemples de survie sont-ils très rares.

Diagnostic. — L'existence d'une masse volumineuse dans la région périméale postérieure, chez un nouveau-né, éveillera immédiatement l'idée d'une tumeur sacro-coccygienne; cependant des erreurs fatales ont été commises; SCHREGER extirpa une hernie de la vessie et MEINEL ponctionna une masse d'intestin. Il est surtout difficile de déterminer la variété à laquelle on a affaire. L'inclusion fœtale se reconnaît aux caractères suivants: tumeur assez volumineuse, fluctuante et même transparente, renfermant une masse solide, adhérente; parfois des fragments de fœtus rejetés au dehors lèvent les doutes. Nous avons dit que certaines tumeurs complexes contenaient des masses osseuses, ce qui ôte à ces signes une valeur absolue. Les cysto-sarcomes ne présentent jamais ce phénomène; de plus, les enfants porteurs de ces derniers succombent d'ordinaire peu de temps après la naissance.

Grâce à leurs caractères propres, les appendices caudaux et les kystes seront facilement reconnus; quant à la communication de la tumeur avec le canal rachidien, on ne peut guère la déterminer qu'en examinant attentivement l'état des vertèbres sacrées, leur degré d'écartement; il sera bon de voir si la compression de la tumeur provoque de la douleur, la paralysie, le gonflement des fontanelles.

Pronostic. — Un certain nombre de fœtus meurent avant terme; MOLLER, sur quatre-vingt-un (81) faits, compte vingt-neuf (29) mort-nés dont dix (10) à terme; on conçoit d'ailleurs que la présence de semblables tumeurs complique l'accouchement. Dans un petit nombre de cas les enfants avaient quelque autre difformité, spina-bifida, contractures, paralysies, pied bot. Les neuf dixièmes des enfants porteurs de tumeurs sacro-coccygiennes ne survivent guère; néanmoins les exemples de survie avec ou sans opération ont été

notés; on a vu des malades atteindre l'âge de cinquante-cinq ans; les cysto-sarcomes offrent la plus grande malignité.

Traitement. — L'intervention est indiquée lorsque la tumeur, indépendante du canal rachidien, n'a pas de prolongements pelviens étendus; les résultats de l'extirpation sont très encourageants. Il n'en serait pas de même de la ponction et de l'incision qui comptent un assez grand nombre de morts à leur actif.

§ 5. — Dépressions et fistules sacro-coccygiennes

Bibliographie. — KUHN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1867. — DESPRÉS, *Bull. de la Soc. anat.*, 1874. — PEYRAMAURE-DUVERDIER, Thèse de Paris, 1882. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1882.

KUHN avait observé que l'on trouve chez un tiers des enfants, en arrière de l'anus, au niveau du coccyx, une dépression infundibuliforme, quelquefois profonde et adhérente aux os. Ce sujet a fait l'objet, dans ces dernières années, de travaux intéressants de LANNELONGUE. Son élève PEYRAMAURE-DUVERDIER, sur cent soixante-huit (168) enfants, a trouvé que vingt-huit (28) fois la fistule ou dépression occupait l'origine de la rainure; quarante (40) fois le point qui correspond à l'articulation sacro-coccygienne; trente-deux (32) fois la pointe du coccyx; dix (10) fois les fossettes étaient multiples. Habituellement ces dépressions ou fistules disparaissent avec l'âge.

Diverses théories ont été émises pour expliquer la production de cette singulière affection. Pour LAWSON TAIT, il s'agirait là des vestiges de la queue dont l'homme primitif a dû être pourvu; cette explication humoristique ne résiste pas à un examen sérieux. KUHN les considère comme les traces d'un hydro-rachis de la vie embryonnaire, FÉRÉ comme les vestiges d'un ombilic postérieur. Ces diverses explications constituent autant d'hypothèses. LANNELONGUE admet la possibilité d'une invagination du feuillet externe du blastoderme. D'ailleurs ces malformations n'ont qu'un intérêt secondaire; elles pourraient devenir, ainsi que TERRILLON en a publié un exemple, le point de départ de fistules purulentes par suite de la rétention des sécrétions, ou encore de kystes par inclusion cutanée, comme dans une observation de LANNELONGUE.