

pendent en forme de poire entre l'anus et le coccyx. Elles sont enfermées dans une cavité fibreuse dépendant du périoste du sacrum et du coccyx, paroi qui envoie des prolongements, des cloisons à l'intérieur de la tumeur. Le contenu est formé par une masse fibrillaire, granuleuse présentant la structure de sarcome ; par places on trouve des parties qui par leur structure se rapprochent du carcinome ; le contenu renferme encore de la graisse, du cartilage et même du tissu osseux. La capsule fibreuse est recouverte par la peau.

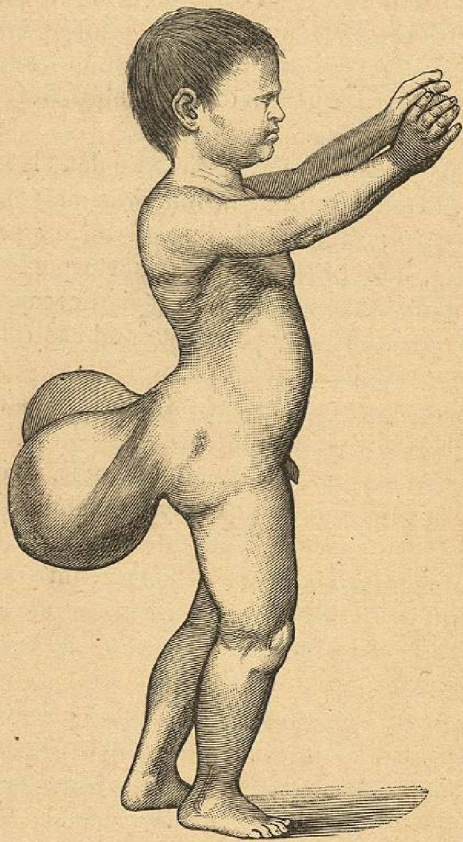


Fig. 8. — Tumeur sacrée congénitale d'après le professeur Bryk.

La tumeur peut atteindre des dimensions considérables, colossales, mais malgré cela elle ne dépasse jamais en haut le bord inférieur du fessier ; par contre elle peut se développer largement dans la cavité du bassin.

L'état du canal vertébral est important à connaître. Ce dernier peut être normalement formé et, par conséquent, n'avoir aucun rapport avec la tumeur ; dans d'autres cas, le canal sacré est élargi et la

tumeur qui y pénètre siège vers la dure-mère spinale ou entoure de tous les côtés un prolongement herniaire de cette dernière.

L'origine de ces tumeurs est encore assez obscure. Pour certains cas, on a pu établir comme point de départ de ces tumeurs une dégénérescence sarcomateuse de la dure-mère ; pour d'autres on a admis le rôle étiologique des débris de la corde dorsale ou de la glande coccygienne de Luschka.

4. Les *productions caudales* et les *appendices* lipomateux. Les premières sont dues à l'augmentation du volume ou du nombre des vertèbres coccygiennes et forment ainsi une véritable queue ; ou bien cette dernière est simulée par une poche cutanée cylindrique remplie de tissu adipeux ; ou bien encore il s'agit d'un lipome congénital ordinaire de cette région.

La marche de ces tumeurs est très variable. Tandis que les productions caudales constituent une difformité insignifiante et la formation parasitaire une difformité considérable et fort pénible, les tumeurs coccygiennes, qui possèdent les inconvénients des deux premières, se distinguent encore par leur gravité. Les enfants nés avec des tumeurs coccygiennes dépassent rarement l'âge de 6 mois à 1 an ; la plupart meurt encore plus tôt avec des symptômes de marasme. Les tumeurs du sacrum sont plus bénignes ; dans ce cas la déformation est compliquée simplement par la vulnérabilité de la tumeur.

Le *diagnostic* de ces tumeurs peut présenter certaines difficultés. Les productions caudales sont toujours faciles à reconnaître. Mais quand il s'agit des hygromas sacrés surgit déjà la difficulté de préciser si la tumeur communique ou non avec le canal vertébral. Pourtant, si l'on se rapporte à ce que nous avons dit au sujet du spina bifida, on peut arriver encore assez facilement au diagnostic précis.

Dans les productions parasitaires, la nature de la tumeur ne peut donner lieu à aucun doute quand seulement *un* organe du parasite se trouve au dehors ; mais quand toutes les parties du parasite sont recouvertes par la peau de l'individu, le diagnostic précis peut être fort difficile. Comme dans ces cas il s'agit avant tout de faire le diagnostic différentiel avec une tumeur coccygienne, on aura à envisager deux points : 1° la tumeur coccygienne présente un siège d'implantation constant et une limite supérieure qu'elle ne dépasse jamais ; 2° en se développant la tumeur coccygienne affaiblit l'enfant. Quand le diagnostic de formation parasitaire est établi, il faut encore envisager un certain nombre de points relatifs à la possibilité de l'ablation de la tumeur. La richesse sanguine de la masse peut être déduite de sa température, de son état de réplétion quand elle est déclive. Son mode d'implantation peut être déterminé par sa mobilité, ou par la palpa-



tion et le toucher rectal, quand la tumeur est fixe. Comme le parasite possède quelquefois un pédicule osseux pourvu d'une colonne vertébrale accessoire, communiquant avec celle de l'individu, il faudra avoir encore ce point en vue quand on examinera le malade.

Ce que nous venons de dire montre quel peut être le traitement des tumeurs du sacrum. Les productions caudales seront toujours enlevées. Les hygromas sacrés sont passibles de l'extirpation. Dans le cas de parasitisme incomplet, l'extirpation a donné de fort bons résultats. L'extirpation sera incomplète si l'on trouve un pédicule osseux s'engageant assez loin dans le bassin; on pourra le scier tout simplement. Dans les tumeurs coccygiennes, l'ablation opératoire des productions n'est pas sans présenter de la gravité, seulement, comme l'a montré Duplay, on peut obtenir de bons résultats en prenant toutes les précautions nécessaires (Au besoin, résection du sacrum, Hochenegg).

**Tumeurs du squelette.** — Les tumeurs acquises des os du bassin, sont en général rares et si peu typiques que nous pouvons nous contenter de quelques remarques. Sur l'ilion on voit quelquefois se développer des sarcomes myéloïdes qui présentent des souffles synchrones au pouls et des pulsations si fortes qu'on les prend parfois pour des anévrysmes et qu'on a vu faire dans ces cas la ligature de grosses artères du bassin. Dans d'autres cas où il y a eu traumatisme antérieur et où la tumeur a pris un développement rapide, celle-ci est souvent prise pour un processus inflammatoire, surtout quand la tumeur se développe plus profondément que sur l'ilion ou quand elle apparaît sous les muscles de la fesse. On a encore observé le développement de chondromes sur le pubis et celui d'ostéomes volumineux sur le sacrum.

Quand ces tumeurs acquièrent un volume considérable, elles peuvent rétrécir le bassin à tel point qu'après un déplacement lent du rectum, ce dernier est complètement comprimé et qu'il survient des phénomènes d'occlusion intestinale. Chez la femme, les tumeurs de ce genre peuvent constituer un obstacle à l'accouchement. Dans le cas d'occlusion intestinale, il faut faire la colotomie.

J'ai vu un chondrome développé sur l'ilion gauche faire saillie d'un côté sous la fesse, de l'autre dans l'abdomen où il s'étendait jusqu'au rebord costal droit et à l'épine iliaque droite, et ne pas provoquer cependant le moindre trouble fonctionnel du côté de l'intestin.

Dans un cas presque désespéré, Billroth a tenté l'extirpation d'un chondrome volumineux, opération qui doit compter parmi les plus vastes qui aient été entreprises jusqu'à présent. Les conditions anatomiques étaient les suivantes: « Sur la face antérieure de la branche ascendante de l'ischion, jusqu'au trou obturateur,

se trouvait une tumeur de consistance osseuse et des dimensions de la tête d'un enfant de cinq ans. La base d'implantation de la tumeur sur les parties osseuses paraissait être aussi large et de la même forme que la section d'un avant-bras vigoureux au-dessus du poignet. La tumeur était recouverte par les adducteurs et le pectiné, et gênait les mouvements du membre inférieur un peu dans toutes les directions. Tout le petit bassin était rempli par une tumeur dure qui ne dépassait pourtant pas un plan passant par la symphyse et la dernière vertèbre lombaire. Par la palpation abdominale, on pouvait voir que la tumeur roulait dans tous les sens et qu'elle avait une forme sphérique. Au toucher rectal, on trouvait le rectum repoussé tout à fait à gauche et de telle manière qu'il n'était accessible que sur la longueur d'un doigt ».

Comme le malade commençait à présenter des phénomènes d'occlusion intestinale, Billroth se décida pour l'extirpation de la tumeur. Le sujet fut placé dans la position de la taille, et la tumeur mise à nu par une incision parallèle aux adducteurs. La partie externe de la tumeur, un chondrome bleuâtre se laissa facilement séparer du bassin avec le couteau à résection. On fit ensuite une seconde incision parallèle au bord interne de la branche droite de l'arcade pubienne et on arriva à détacher la capsule de la partie interne de la tumeur et à séparer cette dernière de ses adhérences périphériques, avec la main introduite dans le bassin. Mais cette partie, qui était kystique, se divisa en plusieurs fragments qu'on fut obligé d'extraire séparément du bassin. L'opération fut plus facile qu'on ne l'aurait cru. Mais dès le second jour, le bassin fut envahi par une supuration putride violente et le malade mourut au septième jour après l'opération.

En s'entourant de toutes les précautions d'antisepsie, Volkmann a extirpé avec succès une tumeur du sacrum par la résection de ce dernier. Il s'agissait d'un sarcome myéloïde occupant la moitié gauche du sacrum et faisant saillie dans le bassin. Le sacrum fut mis à nu, la tumeur circonscrite avec le ciseau dans les parties saines de l'os et enlevée ensuite. La partie réséquée du sacrum remontait jusqu'au second trou sacré. Le canal sacré fut extirpé en même temps.