

chez une femme enceinte, on ne devra guère hésiter à diagnostiquer un ostéo-sarcome; c'est du reste la plus fréquente des tumeurs du bassin. Si le néoplasme siège au niveau du sacrum, du pubis, on songera plutôt à l'exostose ou à l'enchondrome. L'exostose est une tumeur dure, éburnée, à marche lente, dont le volume dépasse rarement celui d'un œuf; l'enchondrome, au contraire, est une tumeur volumineuse à marche plus rapide. La cachexie ne se montre dans cette affection que lorsque la production a pris des proportions énormes, encore diffère-t-elle de la cachexie profonde et des douleurs presque toujours atroces de l'ostéo-sarcome, dont l'évolution d'ailleurs est bien plus rapide.

PRONOSTIC. — Les tumeurs du bassin comportent un pronostic bien différent; il n'est bénin que dans l'exostose; encore faut-il faire des réserves relatives à la possibilité de lésions internes, et aux difficultés de l'accouchement, s'il s'agit d'une femme enceinte ou pouvant le devenir. Les enchondromes, surtout les enchondromes intra-pelviens, sont un peu plus graves. Les kystes hydatiques sont surtout sérieux, à cause des accidents de leur dernière période; la possibilité d'une guérison chirurgicale constitue d'autre part un élément favorable qui n'est point à négliger. Quant à l'ostéosarcome, c'est une condamnation à plus ou moins brève échéance qu'il comporte toujours et sans rémission.

TRAITEMENT. — Duplay et Regnoli ont enlevé avec succès des exostoses extérieures du bassin; on a fait aussi heureusement plusieurs ablations d'enchondromes; mais les opérations pour ostéo-sarcomes n'ont jamais donné que de tristes résultats, quels que soient la hardiesse, le talent et la persévérance avec lesquels on ait poursuivi le mal; l'observation rapportée par Weiss dans sa thèse du doctorat et empruntée à la pratique de Bœckel en est un exemple aussi évident qu'instructif.

CHAPITRE VI

TUMEURS CONGÉNITALES DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE

La région sacro-coccygienne est parfois le siège, chez le fœtus, de tumeurs assez volumineuses pour gêner l'accouchement dans quelques cas; cet accident est plus rare cependant qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Ces tumeurs s'observent assez souvent sur des enfants mort-nés, 29 sur 81 (Molk); d'une manière générale, elles sont peu compatibles avec la vie, puisque 61 fois sur 70 la mort a suivi de près la naissance; cependant la survie est possible, jusqu'à un âge avancé, vingt-cinq et même cinquante ans.

Historique. — La connaissance de ces tumeurs ne remonte guère à plus de quarante ans; c'est ce qui en fait une question d'actualité sur laquelle nous devons nous arrêter.

Avant les travaux allemands d'Ammon (1842), Vernher (1845), elles étaient toutes confondues dans la classe des inclusions fœtales ou monstruosité parasitaires.

Depuis cette époque, des travaux nombreux se sont produits en Allemagne, rapidement transmis en France par l'École de Strasbourg.

En 1858, travail anatomo-pathologique important de Lotzbeck; en 1860, découverte de la glande coccygienne de Luschka, et, la même année, application de cette découverte à l'étude des tumeurs sacro-coccygiennes (Périn, *Thèse*, Strasb., 1860).

En 1862, mémoire de Constantin Paul dans les *Archives générales de médecine*.

Six ans plus tard, le travail de Braune (Leipzig), la thèse de Molk (Strasbourg), ont été résumés et exposés très clairement par le professeur Duplay dans les *Archives de médecine*. Depaul a publié dans les *Archives de toxicologie* de 1877 une seconde étude surtout obstétricale. Enfin cette question si difficile a fait un nouveau pas en avant avec le traité des kystes congénitaux de Lannelongue et Achard, 1886.

Anatomie pathologique. — On ne saurait se faire une idée de

la variété et de la complexité des tumeurs sacro-coccygiennes; pour se retrouver au milieu de tant de faits disparates, il est donc utile de chercher à les classer.

L'ordre adopté par Duplay nous paraît excellent, et nous distinguerons avec lui :

1° Des inclusions fœtales ;

2° Des tumeurs communiquant avec le canal rachidien ;

3° De nombreuses tumeurs encore fort différentes qui ne trouvent pas facilement place dans les deux catégories précédentes.

1° *Inclusions fœtales.* — Tumeurs volumineuses le plus souvent, sur lesquelles le fœtus semble être assis, allongées ou hémisphériques, lisses ou pourvues d'appendices membriformes, siégeant habituellement à la partie antérieure du sacrum et du coccyx, tels sont les caractères extérieurs de ces inclusions fœtales.

On a vu la peau qui les recouvrait présenter un rudiment d'oreille (Depaul), un nez, des paupières (Lœffler), un orifice conduisant dans une cavité (de Soyre).

Au point de vue de la structure, les kystes constituent un élément important de ces tumeurs. Ils existent seuls dans les cas les plus simples; on les retrouve toujours dans les cas les plus complexes. Leur contenu est tantôt un liquide clair, albumineux, renfermant des débris épithéliaux et des globules sanguins, tantôt une matière grasse ou stéatomateuse; ce sont, en somme, des kystes dermoïdes, mucoïdes ou séreux.

L'enveloppe est constituée par la peau tendue, une membrane fibreuse d'une épaisseur variable, enfin une muqueuse plus ou moins aréolaire tapissée par un épithélium pavimenteux.

Des brides fibro-celluleuses rattachent à la paroi interne de ce kyste des débris rudimentaires ou développés, portions de membres, clavicule, bras, jambe, mains, pieds, rarement des débris de crâne ou de colonne vertébrale, exceptionnellement de l'intestin, des nerfs, de la substance cérébrale ou encore une masse hétéroclite de plusieurs tissus normaux comme dans le cas de Depaul (1867), jamais de vestiges des organes génitaux (C. Paul).

2° *Tumeurs communiquant avec le canal rachidien.* — Le spinabifida sacro-coccygien, admis par Tarnier et Giraldès, longtemps révoqué en doute par Trélat, Depaul, Verneuil, existe incontestablement, du moins dans la portion sacrée (Duplay, Braune).

Pour beaucoup il ne s'agit que de hernies des enveloppes de la moelle à travers l'orifice inférieur normal du canal sacré; d'autres sont des tumeurs plus complexes, s'accompagnant de division de la partie inférieure de la colonne vertébrale. Bergmann a bien montré que ces tumeurs étaient toujours situées à la face postérieure du sacrum.

3° *Tumeurs diverses.* — Les tumeurs diverses qui ne rentrent pas dans cette catégorie ont généralement une origine intrapelvienne et proviennent de la face antérieure du sacrum. Lorsqu'elles sont volumineuses, elles refoulent en arrière le sacrum et le coccyx, repoussent en avant l'anus et les organes génitaux, peuvent envahir le bassin et même l'abdomen, mais surtout distendent et abaissent la partie postérieure du périnée.

Histologiquement, ces tumeurs sont fort différentes les unes des autres.

a. On trouve : des *kystes*, encore appelés *hygromas sacrés*, kystes ordinairement multiloculaires, remplis d'un liquide jaunâtre, poisseux, gélatiniforme.

b. Ce sont ailleurs des *tumeurs caudales*, considérées par les uns comme des vertèbres coccygiennes supplémentaires, par d'autres comme un vestige du développement de l'homme primitif, théorie que ni l'embryologie ni l'anthropologie ne viennent d'ailleurs confirmer. — Les recherches modernes, et notamment celles de His, ne confirment pas en effet cette disposition, dont Leuret avait parlé dans les *Archives générales de médecine* de 1855, qu'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire croyait héréditaire chez certaines peuplades du centre de l'Afrique et à l'appui de laquelle on ne peut guère citer qu'une observation de Fleischmann, au Congrès des médecins allemands, à Erlangen (1840) : embryon muni d'un appendice caudal avec 5 points d'ossification. — Quelques-unes de ces tumeurs sont plus volumineuses, plus molles et simplement graisseuses. — On en trouvera des exemples dans la *Clinique* de Gosselin, les *Archives de Virchow* de 1884 et le *Traité d'anatomie pathologique* de Meckel.

c. On rencontre des sarcomes, cystosarcomes, fibromes, cystofibromes dont la structure est encore bien mal déterminée.

d. Molk a rapporté 5 observations de lipomes, l'un d'eux descendant jusqu'aux mollets.

e. Enfin on a vu des tumeurs complexes, mal décrites, dont quel-

ques-unes présentent des éléments vésiculaires analogues à ceux de la glande coccygienne de Luschka, tandis que d'autres sont constituées par un mélange de plusieurs tissus normaux et pathologiques : éléments myxomateux, encéphaloïdes, etc.

C'est à dessein qu'après avoir étudié les divers chapitres que M. Lannelongue a consacrés aux tumeurs sacro-coccygiennes dans son traité si important des kystes congénitaux, nous avons conservé les distinctions indiquées plus haut qui permettront au lecteur de se rappeler plus facilement les grands traits de cette question si complexe. — Nous devons maintenant ajouter qu'il est infiniment probable et pour bon nombre de faits, absolument incontestable, que toutes ces tumeurs sont vraisemblablement de même nature et qu'elles dépendent, en somme, d'un trouble de développement. — Suivant la remarque de Lannelongue, entre le kyste dermoïde simple sous-coccygien et les tératomes les plus complexes, il existe toute une série d'intermédiaires représentés par les kystes mucoïdes, les kystes séreux, les tumeurs kystiques complexes, les cystosarcomes. — Les relations même de toutes ces tumeurs avec le spina-bifida sacro-coccygien, relations très nettes dans un certain nombre de faits, démontrent bien comment le développement de la région peut être troublé plus ou moins profondément suivant les cas.

Pathogénie. — Pour expliquer des faits si divers, une seule théorie ne semblait pas pouvoir suffire. Beaucoup de ces tumeurs étaient rattachées à des inclusions fœtales; d'autres étaient considérées comme des hydrorachis avec spina-bifida sacré; la glande de Luschka était pour quelques auteurs le point de départ de certaines productions complexes.

Enfin la théorie du spina-bifida antérieur (Kuhn) ou celle de la persistance de débris de la notocorde, appliquée surtout par Müller à des tumeurs gélatineuses venaient encore s'appliquer à quelques productions spéciales.

Peut-être faut-il se mettre moins en frais d'explications, et ne voir là, nous l'avons dit, qu'une série de tératomes dont les termes les plus éloignés sont assurément très dissemblables, mais réunis pourtant par une foule d'intermédiaires au moyen desquels s'établit entre les cas les plus disparates une transition insensible.

Symptomatologie. — *L'aspect* de tumeurs si dissemblables est naturellement variable. Quelques-unes sont presque uniquement

intrapelviennes et ne font au dehors qu'une saillie médiocre; d'autres sont assez volumineuses pour que le fœtus ait l'air d'être assis sur elles (Duplay). Plusieurs sont allongées en forme de processus caudal. — Presque toutes sont manifestement nées au-devant du sacrum et du coccyx; elles refoulent ces os en arrière et repoussent en avant l'anus et les organes génitaux.

Leur consistance est forcément différente suivant l'espèce de tumeur offerte à l'observateur : ferme pour les uns, molle et fluctuante pour d'autres, inégale par places pour la plupart.

La *gène fonctionnelle* est grande lorsque la masse se développe notablement dans la cavité du bassin et dans l'abdomen. La miction et la défécation peuvent être empêchées. Il en est tout autrement lorsqu'au contraire l'accroissement est extérieur; mais dans ce cas la tumeur peut être une cause de dystocie.

Tantôt le *développement* est lent, insensible; tantôt il est rapide. Dans ce cas, la peau amincie peut s'ulcérer. Le contenu des tumeurs kystiques s'échappe; on y découvre souvent des débris fœtaux.

Diagnostic. — Cette issue de débris fœtaux doit naturellement faire diagnostiquer l'inclusion.

Ailleurs, le siège postérieur, la réductibilité au moins partielle s'accompagnant de troubles convulsifs, feront penser à un hydrorachis sacré. — Le plus souvent la nature de la tumeur est fort difficile à déterminer; c'est tout au plus si, dans quelques cas, la ponction permettrait de savoir si l'on a affaire à un kyste simple ou s'il existe en même temps d'autres parties plus dures ou d'autres poches plus profondes.

Pronostic. — Les tumeurs congénitales ne s'accompagnent que rarement d'autres vices de conformation, pieds bots, etc. — Elles constituent, mais moins souvent qu'on ne pourrait le croire, une cause de dystocie, 18 cas seulement sur 107. Les mort-nés sont nombreux. Nous avons déjà dit qu'ils étaient de 20 sur 81 (Molk).

La mortalité, peu considérable en cas de lipomes ou de tumeurs caudales, est encore relativement modérée dans les inclusions fœtales; elle est plus forte déjà pour les kystes et atteint le chiffre énorme de 11/12 en cas de sarcome ou cysto-sarcome (Molk). — En somme, sur 70 observations indiquant exactement la date de la naissance et de la mort, il y a 61 cas de mort rapide (Duplay).

Traitement. — L'extirpation est la seule opération que l'on

puisse tenter. Dans les tumeurs fœtales, elle a donné 11 succès sur 12 interventions; il y a eu 4 morts et 2 résultats douteux sur 20 extirpations d'autres tumeurs, mais les cas opérés étaient certainement choisis parmi les plus favorables.

DÉPRESSIONS ET FISTULES SACRO-COCYGIENNES. — Dès 1867, Kuhn avait appelé l'attention de la Société de chirurgie sur une dépression coccygienne et rétro-anaïe que l'on rencontrerait chez un tiers des enfants.

Depuis, Lannelongue est revenu sur ce sujet en 1882, et ses travaux ont été exposés dans la thèse de Peyramaure-Duverdier, son élève. Cette dépression siègeait, d'après cet auteur, 28 fois au début de la rainure interfessière, 45 fois au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, 52 fois au niveau de la pointe du coccyx, 10 fois elle était multiple; toujours elle disparaît avec l'âge.

Deux cas pathologiques cependant peuvent en être rapprochés; dans un cas de Terrillon, la suppuration des produits de sécrétion de cette petite dépression déterminait une fistule purulente; — dans l'autre fait, il s'agissait d'un kyste par inclusion cutanée (Lannelongue).

Cette dépression, ces fistules sacro-coccygiennes ne sont sans doute que les restes d'une petite invagination persistante du feuillet externe du blastoderme.

MALADIES CHIRURGICALES

DE L'ANUS ET DU RECTUM

PREMIÈRE PARTIE

VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM

Le dernier mot n'est pas encore dit sur la pathogénie des vices de conformation de l'anus et du rectum. Malgré les notions précises que les travaux de Mathias Duval, Cadiat, Debierre, Herting, nous ont apportées sur le développement de l'embryon, malgré les discussions scientifiques et les travaux portant spécialement sur le sujet qui nous occupe, il faut bien avouer que, dans l'état actuel de nos connaissances, certains points de la pathogénie de ces vices de développement sont encore obscurs, et que quelques anomalies restent inexplicables, même en faisant appel à l'embryologie. Cependant, l'étude du développement de l'anus et du rectum nous permet de comprendre d'une manière générale comment peuvent se produire les déviations du type anatomique normal. Il est donc nécessaire, avant de passer à l'étude clinique et anatomiques des vices de conformation, de rappeler brièvement ce développement. — A ce point de vue, on consultera avec intérêt l'*Atlas d'embryologie*, de Mathias Duval, et surtout le travail de Jeannel (*Revue de chirurgie*, 1887, p. 190) dans lequel on trouvera, outre un exposé embryologique complet, une division nouvelle et plus scientifique des anomalies qui nous occupent.

Aux premiers jours de la vie embryonnaire, le rectum apparaît sous la forme d'une gouttière, bientôt changée en un tube cylindrique, se continuant, à l'une de ses extrémités, avec l'intestin moyen, et se terminant, à l'autre, en cul-de-sac. Ce tube (intestin postérieur, *aditus posterior*) bientôt recouvert par le capuchon caudal, envoie dans l'appendice caudal un prolongement (intestin