

TROISIÈME CLASSE. — **Tératomes sacrés bi-germinaux. Inclusions fœtales.** — Ce que j'ai dit plus haut des *caractères macroscopiques* des tératomes mono-germinaux s'applique de tout point aux bi-germinaux. Même consensus dans la *structure*; même association d'éléments solides et kystiques. Mais, ce qui appartient essentiellement et en propre aux tératomes bi-germinaux, c'est l'apparition, dans leur masse, soit d'*organes fœtaux bien évidents*, soit d'*ébauches nettement dessinées d'organes, qui ne peuvent être dérivés de l'extrémité caudale de l'embryon*.

J'ai énuméré plus haut quelques-uns de ces organes (voy. p. 108 et fig. 50). Voici quelques autres exemples. Dans le cas de Piper, on rencontrait un rudiment de bronche, avec anneau cartilagineux et muqueuse vibratile et du parenchyme pulmonaire atelectasié; dans ceux de Böhm, de Feldmann, non seulement un segment aberrant d'intestin, mais de vraies circonvolutions munies d'un mésentère. Ce sont surtout des parties du squelette qu'on trouve fréquemment : membre rudimentaire avec pièces articulées (Sonnenburg), tibia uni à un fragment de fémur (Kaufmann), pied avec orteils et ongles (Braune, Fattori, Feldmann), avant-bras et main (Böhm), clavicule, portions du crâne, de la face, de la colonne vertébrale, du bassin. Quand les tératomes renferment des rudiments des squelettes crânien et rachidien, les extrémités font défaut (Duplay). Quoiqu'il en soit, il semble qu'on puisse, à l'occasion, trouver tous les organes normaux du fœtus, à l'exception des organes génito-urinaires (C. Paul). Simmond et Pfaehler seuls parlent de corps, analogues au rein ou au testicule.

Quelques auteurs ont également signalé la présence du placenta dans certains kystes fœtaux (Ollivier, Prochaska, Fattori); mais la chose est douteuse. Mentionnons enfin un cas de Jordan⁽¹⁾: la tumeur, fortement adhérente à la pointe du coccyx, avait comme enveloppe immédiate un amnios complètement développé; il existait une cavité amniotique et, dans l'intérieur, un kyste qui paraissait un embryon dégénéré et ramolli.

Quelle est la *pathogénie* de ces tératomes bi-germinaux? On sait qu'on peut rencontrer de vrais monstres doubles⁽²⁾, tous deux bien formés, du même sexe (ordinairement féminin), ayant chacun sa circulation et soudés entre eux par l'extrémité coccygienne, l'union s'établissant par les parties molles ou par la colonne vertébrale ou même par la moelle épinière. Que l'un des jumeaux reste en arrière dans son développement, il cesse alors d'avoir ses moyens de nutrition propres; il vit en parasite sur son frère (sur l'autosite). Par phénomènes successifs d'atrophie et de régression, nous passons ainsi graduellement des *monstres doubles complets* aux *monstres doubles incomplets*, privés soit de membres, soit, quand ceux-ci existent, de tête et de tronc, puis aux *appendices parasitaires libres*, non inclus sous la peau de l'autosite. Descendons encore un degré de cette échelle tératologique, et nous arrivons à l'*inclusion fœtale*, véritable kyste sous-cutané, renfermant des parties fœtales plus ou moins organisées, mais toujours reconnaissables. Que cette inclusion se combine à un processus néoplasique et nous serons en présence d'une vraie *tumeur*, dite *sous-cutanée parasitaire*, ou d'un tératome bi-germinal. S'il advient enfin que les produits pathologiques de néoformation prennent le dessus sur les débris fœtaux, nous

⁽¹⁾ JORDAN, Ueber Sacraltumoren mit fœtalem Inhalt. Inaug. Diss. Leipzig, 1895.

⁽²⁾ Voy. sur ce sujet : DARESTE, Production artificielle des monstruosité. Paris, 1891; *passim*. — LANNELONGUE et ACHARD, *loc. cit.*, p. 155 et suiv. — MARCHAND, Ein menschlicher Pygopagus. Ziegler's. Beitr. für path. Anat., 1895, t. XVII, p. 1.

aurons en réalité sous les yeux un néoplasme, à la fois solide et kystique, d'interprétation fort malaisée, forme de transition entre les tératomes bi- et mono-germinaux, sans qu'on puisse dire ni la part qui appartient, dans cette tumeur très complexe, à l'évolution défectueuse d'un second fœtus, ni celle qu'il faut attribuer à la prolifération morbide des éléments blastodermiques de l'autosite.

QUATRIÈME CLASSE. — **Tumeurs difficiles ou impossibles à classer.** — Nous venons, avec les tératomes bi-germinaux, d'épuiser la presque totalité des tumeurs congénitales du siège. Mais il en reste quelques-unes, sur la pathogénie desquelles il est, actuellement encore, malgré les progrès de l'embryogénie et de l'histogénie, impossible de se prononcer. De ce nombre sont les quelques *lymphangiomes*, caverneux ou kystiques, signalés à la région sacro-coccygienne par Kenig, Stolper, et surtout par Hildebrand. On les décrit généralement comme des poches multiloculaires, remplies d'un liquide albumineux et tapissées d'un revêtement endothélial. Elles occuperaient de préférence la face postérieure du sacrum et n'auraient aucune communication avec le canal rachidien. Naissent-elles, comme le soutient Hildebrand, par étranglement et dilatation secondaire des lymphatiques? S'agit-il, au contraire, d'un vrai néoplasme, c'est-à-dire d'ectasie avec néoformation de ces vaisseaux? Sommes-nous en présence d'une malformation simple? Il est impossible de le dire. Il est certain cependant qu'on rencontre, à l'extrémité inférieure du tronc, des lymphangiomes, qui rappellent de tout point les kystes séreux congénitaux du cou. Mais ils deviennent de plus en plus rares, à mesure que les recherches précises se multiplient. Ainsi Marchand (de Marbourg) a démontré nettement le rapport d'un de ces lymphangiomes avec un rachischisis sacré antérieur, et Borst soupçonne une relation entre eux et le spina-bifida occulta. Sous l'impulsion des travaux de Recklinghausen, l'idée, qui pénètre de plus en plus dans l'esprit des anatomo-pathologistes, c'est que la plupart des lymphangiomes sacro-coccygiens ne sont que des méningocèles, qui se sont secondairement isolées et ont permis l'occlusion de la fissure vertébrale. Ces sacs herniaires ainsi séparés se dilatent irrégulièrement, se cloisonnent et simulent des kystes qui, dans cette hypothèse, représentent des espaces arachnoïdiens dilatés ou des espaces lymphatiques ectasiés de la dure-mère (Borst).

Il fut un temps où, non seulement les lymphangiomes, mais un grand nombre de tumeurs congénitales du siège, étaient expliqués par une *dégénérescence de la glande de Luschka*. Cette théorie, soutenue d'abord par Braune, Virchow, Perrin, Sertoli, Lachaud, attaquée par Arnold, Bland Sutton, est tout à fait abandonnée, surtout depuis que Schmidt a trouvé cet organe complètement intact à côté d'un tératome pré-coccygien. On a spécialement cherché, si la structure de la glande de Luschka permettait d'y placer le lieu d'origine d'un certain nombre de tumeurs. Cette question a fait l'objet de très nombreux travaux.

Sachant que deux de mes professeurs les plus distingués, MM. Cunéo et Veau, avaient eu l'occasion d'examiner, macroscopiquement et histologiquement, plusieurs glandes coccygiennes, je leur ai demandé si leurs investigations pouvaient leur permettre de répondre à cette question : *La glande coccygienne peut-elle être le point de départ de certaines tumeurs sacro-coccygiennes?* Ils m'ont remis la note suivante :

Ce qui importe surtout pour répondre à cette question, c'est d'être fixé sur la signification anatomique de la glande coccygienne; aussi, laissant de côté toute

description macroscopique ou histologique de la glande, nous bornerons-nous à examiner le problème de sa signification morphologique.

Or, étant donnée la complexité que présente, au point de vue embryologique, la région sacro-coccygienne, des origines multiples, et partant des significations bien différentes peuvent être attribuées à la glande de Luschka. Il est vrai que le développement de la région permet d'éliminer de prime abord un certain nombre d'hypothèses. C'est ainsi que l'origine ectodermique directe de la glande ne peut être soutenue. De même, Jakobsson (1) a bien montré, dans un travail récent, que la glande

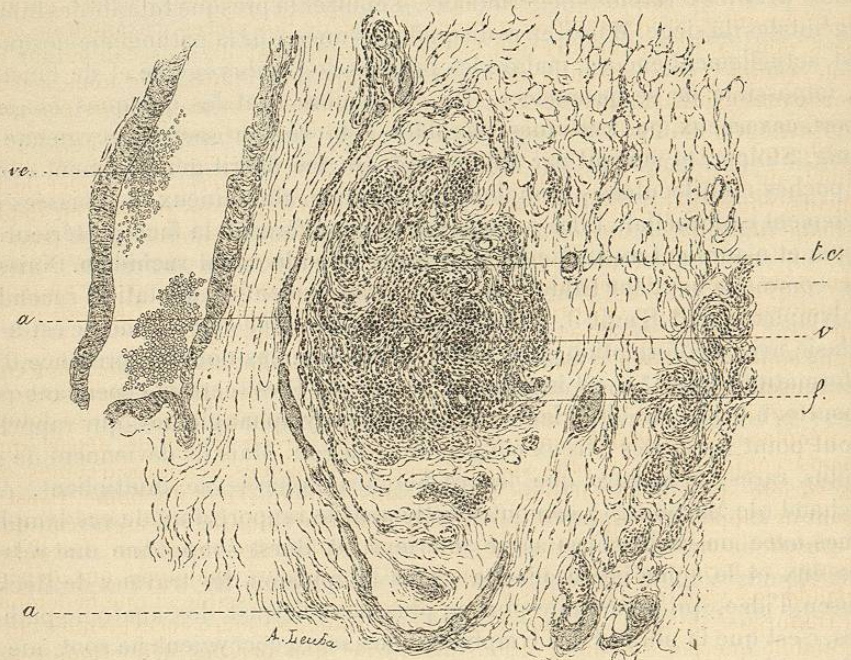


FIG. 45. — Coupe sagittale de la glande coccygienne d'un adolescent (Cunéo et Veau).

f, substance propre, formée par des cellules polymorphes, groupées en nodules arrondis. — tc, tissu conjonctif internodulaire. — v, vaisseau occupant le centre d'un nodule. — ve, veine sacrée moyenne. — a, artère sacrée moyenne, paraissant s'enrouler autour de la glande.

coccygienne ne saurait être regardée comme un reliquat de l'intestin post-anal, de la colonne caudale ou de la partie correspondante de la moelle. Deux origines restent alors possibles : ou bien la glande coccygienne est une dépendance de l'artère sacrée moyenne, ou bien elle dérive du sympathique pelvien.

Cette dernière hypothèse a été récemment soutenue par Jakobsson dans le travail déjà cité. Pour lui, la glande coccygienne dériverait de la partie caudale du sympathique; ses éléments constitutifs seraient de véritables cellules nerveuses, émanées du ganglion coccygien. Jakobsson n'a pu constater directement le développement de la glande aux dépens du grand sympathique et il donne, pour appuyer son opinion, les arguments suivants : la glande contiendrait, dès le début, un grand nombre de filets nerveux myéliniques et amyéliniques; par contre, l'apparition des vaisseaux serait relativement tardive; enfin, au début de son développement, elle présenterait avec le ganglion coccygien des rapports de voisinage très intimes.

L'origine vasculaire a été soutenue par Sertoli (2), Eberth (3), et surtout Krause (4).

(1) JAKOBSSON, *Beiträge zur Kenntniss der fötalen Entwicklung der Steissdrüse*. Arch. für mikr. Anat. und Entwickl., 1899, Bd. LIII, p. 78.

(2) SERTOLI, *Ueber die Structur der Steissdrüse des Menschen*. Virchow's Archiv für path. Anat. und Physiol., 1868, Bd. XLII, p. 370.

(3) EBERTH, *Stricker's Handbuch*, I, p. 212.

(4) W. KRAUSE, *Allgemeine und mikroskopische Anatomie*. Hannover, 1876, p. 525.

Ces auteurs invoquent, en faveur de leur théorie, la situation constante de la glande au niveau de la partie terminale de l'artère sacrée moyenne et l'ordination périvasculaire des amas de cellules, qui forment le parenchyme glandulaire.

Nos recherches nous ont amenés à adopter cette deuxième opinion. Les connexions intimes de la glande et du segment terminal de la sacrée moyenne ne nous paraissent pas douteuses. Certes, Jakobsson a prétendu que l'artère se bornait à contourner la glande, puis poursuivait sa route pour se terminer sur la face dorsale du coccyx. Nous avons bien vu un vaisseau se comporter ainsi, mais il s'agissait d'une veine; dans tous les cas que nous avons examinés histologiquement, l'artère paraissait bien se terminer au niveau de la glande; sur une de nos pièces, l'examen de coupes sériées nous a même montré une sorte d'enroulement du vaisseau autour de la glande. Quant à la systématization périvasculaire des cellules, elle nous a paru le plus souvent évidente, surtout chez les sujets jeunes. Nous n'attachons pas grande importance aux rapports de voisinage de la glande et du ganglion coccygien; sur un embryon de 45 millimètres (1), nous avons vu la glande coccygienne absolument distincte du ganglion, placé un peu au-dessus d'elle; la différence d'aspect de leurs éléments constitutifs était si nette qu'il était impossible de penser, en dépit du voisinage immédiat, à une communauté d'origine. Nous ajouterons que pour ceux (et ils sont nombreux), qui admettent l'origine vasculaire du corpuscule rétro-carotidien et de la glande tympanique, la ressemblance absolue, qui existe au point de vue histologique entre ces organes et la glande coccygienne, constituerait un argument de plus pour rattacher cette dernière à la sacrée moyenne.

Nous considérons donc l'origine vasculaire de la glande coccygienne, sinon comme rigoureusement démontrée, du moins comme très vraisemblable. Dans ces conditions, étant données les idées généralement acceptées touchant l'origine histologique des néoplasmes, la glande coccygienne ne peut être le point de départ que de tumeurs conjonctives, et plus spécialement de sarcomes, d'angiosarcomes ou de cette variété spéciale de sarcome, décrite sous le nom d'endothéliome. Il est intéressant de rappeler à ce propos que quelques auteurs ont décrit, au niveau du cou, des endothéliomes qu'ils rattachent au corpuscule rétro-carotidien. Est-il besoin d'ajouter, en terminant, que le développement de tumeurs analogues aux dépens de la glande coccygienne ne constitue qu'une éventualité possible et que la démonstration rigoureuse de cette origine de certaines tumeurs sacro-coccygiennes ne peut être établie que par des observations directes et non par des déductions *a priori*? En revanche, il nous paraît certain que le rôle de la glande dans la genèse des tumeurs de la région est précisément très minime et restreint à la catégorie de néoplasmes que nous avons indiqués.

Il est donc avéré que la glande coccygienne n'entre pour rien dans la pathogénie des tératomes sacro-coccygiens. Tout ce qu'on peut admettre, c'est que, par prolifération de ses éléments, se développe un *angiosarcome*. Et, de fait, on ne connaît qu'un seul cas de tumeur congénitale du siège, dans lequel le point de départ aux dépens de la glande de Luschka puisse être invoqué avec quelque vraisemblance. Ce cas, dû à Fausto Buzzi, concerne un garçon mort, à l'âge de onze mois, d'un néoplasme placé entre le rectum et le sacrum. Le coccyx et les deux vertèbres sacrées inférieures faisaient défaut. La masse morbide n'était pas en continuité avec les méninges, bien qu'elle poussât un prolongement dans le canal rachidien. Elle ne renfermait pas de parties fœtales, avait une structure alvéolaire et paraissait dépendre d'une prolifération de l'endothélium vasculaire. Buzzi suppose que cet angiosarcome « s'était développé aux dépens soit de la glande de Luschka, soit des vaisseaux sanguins du tissu ostéogène, destiné à former le sacrum et le coccyx absents ».

Résumé et critique. — Arrivé au terme de ce long chapitre pathogénique,

(1) Jakobsson n'a pu apercevoir la glande que sur un embryon de 11 centimètres.

qui était indispensable pour fixer l'état actuel de la science sur cette question délicate et embrouillée, à quelles conclusions faut-il nous arrêter?

Des nombreuses subdivisions qu'on avait établies dans les tumeurs congénitales du siège, deux grands groupes restent debout : d'une part les spina-bifida sacrés, avec toutes leurs modalités et leurs transformations possibles (y compris les hernies se faisant par l'hiatus sacré), d'autre part les tumeurs à tissus multiples ou tératomes, depuis les kystes dermoïdes les plus simples jusqu'aux néoplasmes les plus complexes. Les autres variétés méritent d'être rejetées. Il ne saurait plus être question des hygromas sacrés, groupe étayé par Braune d'après un seul examen (incomplet d'ailleurs), admis depuis et singulièrement élargi par les auteurs; nous avons vu, en effet, que la plupart d'entre eux sont des méningocèles modifiées. J'ai dit, il y a un instant, ce qu'il fallait penser des lymphangiomes. Faut-il admettre des angiomes, des fibromes, des cysto-fibromes, des lipomes, etc.? Certes, il est possible que des tumeurs de cette nature se développent ici comme ailleurs. Mais il n'en est pas, qui empruntent de caractères particuliers à la région sacro-coccygienne. Nous avons vu qu'il existe non de vrais angiomes, de vrais fibromes, mais des transformations secondaires, angiomateuses, fibromateuses, etc., de certaines tumeurs. Le groupe des lipomes congénitaux se trouve singulièrement dissocié; les spina-bifida kystique compliqué et occulta en réclament la plus grande partie. Et qu'advient-il des sarcomes et cystosarcomes, dénomination communément adoptée, pour désigner « des tumeurs très nombreuses et très importantes de la région sacro-coccygienne? » C'est un terme tout à fait impropre; ce qu'on observe, en effet, ce sont des tumeurs d'apparence, mais non de structure sarcomateuse. Il ne suffit pas, en effet, pour dire sarcome, de constater l'interposition, entre les kystes, de tissu embryonnaire. Virchow a montré que ces productions, à la fois kystiques et spongieuses, sont en réalité de nature très variable. « Ce ne sont pas en général des sarcomes, dit-il, car il leur manque avant tout la caractéristique d'une tumeur maligne, c'est-à-dire de s'étendre aux dépens des parties voisines (1). » Lannelongue et Achard corroborent cette opinion et écrivent : « Il faut se défendre des apparences extérieures; il est impossible, d'après les seuls caractères macroscopiques, de fixer la nature véritable des tissus souvent si variés, qui constituent ces productions. Les parties solides et notamment le tissu conjonctif jouent parfois le rôle principal dans l'accroissement de ces tumeurs; c'est ce qui a fait décrire un certain nombre d'entre elles sous le nom de sarcomes. Leur accroissement rappelle celui des néoplasmes ordinaires. Néanmoins elles en diffèrent par l'absence de généralisation; car, dans tous ces cas, la tendance envahissante de la tumeur est limitée à la région qu'elle occupe et jamais l'on n'observe de propagation à distance. »

Il n'existe donc que deux grandes classes d'affections congénitales du siège : les spina-bifida et les tératomes (ces derniers constituant les vraies tumeurs sacro-coccygiennes). Toutefois il faut se garder de croire qu'elles soient séparées par un abîme infranchissable. Bien au contraire, et c'est ce qui complique singulièrement la question, on rencontre des transitions et combinaisons multiples, des associations entre les fissures vertébrales et les tératoïdes. La

(1) Il faut cependant faire des réserves pour les cas de Chiari (*Ueber die Genese der sogenannten Atheromcysten der Haut und Unterhautzellgewebes. Zeitschr. für Heilk.*, 1891, t. XII, p. 189), de Frank, *loc. cit.* et de Gluck (*in Baginsky : Arbeiten aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhause in Berlin 1891, Stuttgart. Centralbl. f. Chir.*, 1892, p. 107).

filiation des lésions est alors, pour ainsi dire, impossible à établir : en effet, d'une part, un tératome peut s'opposer, par sa seule présence, à l'occlusion des lames du sacrum; d'autre part, la constatation d'une tumeur, sans communication avec la moelle ou ses enveloppes ne permet pas d'affirmer qu'une semblable communication n'ait jamais existé. La discussion rigoureuse des faits est d'autant plus difficile que ces tumeurs diverses s'accompagnent souvent de malformations, d'arrêts de développement de l'extrémité inférieure du tronc. Quelles sont alors les relations du spina-bifida et du tératome? Faut-il subordonner l'un à l'autre? Doit-on, au contraire, les regarder comme contemporains, d'une valeur adéquate au point de vue pathogénique? Dépendent-ils d'un seul et même désordre embryonnaire? Ce sont là autant de questions insolubles quant à présent.

Quoi qu'il en soit, en dehors de ces circonstances particulières, les spina-bifida, avec toutes leurs variétés, sont actuellement compris d'une façon identique par la plupart des auteurs, à part des recherches complémentaires et de détails qui restent à faire.

Il n'en est pas de même pour les tératomes et nous nous trouvons ici en présence de deux opinions, en apparence diamétralement opposées. Tous ces tératomes sont, pour Lancereaux, Förster, Ahlfeld, Dareste, Taruffi, Calbet, Stolper, d'origine bi-germinale : ils naissent de restes fœtaux, qui proviennent d'un second germe. Celui-ci peut, dès l'abord, être arrêté dans son développement; ou bien, après un stade plus ou moins avancé de son évolution, il s'est progressivement dégénéré. On comprend que le processus atrophique, frappant avec une intensité de plus en plus forte, on puisse ne plus rencontrer, au sein de la production morbide, que des débris, des ébauches d'organes, voire même des masses informes; mais, entre les pygopages parfaits, les monstres incomplets, les tumeurs renfermant des organes évidents, enfin celles qui ne contiennent plus qu'un tronçon d'intestin, de la substance encéphaloïde, des fragments d'os, du cartilage, il n'y a aucune différence de nature et d'origine. Il s'agit toujours de formations parasitaires doubles, d'une diplogénèse par inclusion, même dans les tumeurs « qui ne contiennent point de vestiges fœtaux et sont uniquement constituées par du tissu conjonctif à divers degrés de développement et par des kystes à revêtement épithélial polymorphe » (Calbet).

Les partisans de la seconde hypothèse, ainsi Ziegler, Bergmann, Broca et Cazin, Aschoff (1), Borst, etc., répondent : Sans doute, il est des tératomes bi-germinaux; mais, dans cette catégorie, ne doivent être rangés, en dehors des inclusions fœtales manifestes, que les néoplasmes renfermant des organes, dont la constitution de l'extrémité caudale de l'embryon ne peut rendre compte. Dans les autres circonstances, lorsqu'on ne rencontre que des organes ou des tissus, qu'on peut dériver d'une perturbation dans l'évolution de cette extrémité, il est inutile d'invoquer l'inclusion d'un second germe embryonnaire vivant en parasite dans la région sacro-coccygienne. Il y en a donc, suivant ces observateurs, à côté des tératomes bi-germinaux, d'autres qui sont mono-germinaux. C'est cette dernière théorie seule que j'ai exposée tout au long dans les pages précédentes.

Il est certain qu'ici encore, il existe des formes de transition, qui rendent la distinction extrêmement difficile. Ainsi, dans certaines tumeurs, on trouve du

(1) ASCHOFF, *Cysten. in Lubarsch's und Ostertag's Ergebnissen*, 1895, t. II, p. 487.

pigment, soit disposé en traînées et en taches dans les parties solides, soit infiltrant des cellules conjonctives ou des éléments polyédriques et cubiques (Hamel, etc.). Spöndly décrit même des kystes, tapissés sur une moitié de leur circonférence, par un épithélium cylindrique ordinaire, sur l'autre par des cellules cubiques pigmentées. Kummel enfin parle d'une vésicule à deux feuillets, dont l'externe seul renfermait des éléments pigmentaires. Ces constatations conduisent les défenseurs des deux hypothèses à des conclusions très différentes : les uns voient dans ces formations pigmentaires des cellules de la rétine et des rudiments d'œil fœtal; les autres considèrent qu'il s'agit tantôt de reliquats d'hémorragies au sein des éléments conjonctifs, tantôt « de productions résultant de la fonction physiologique d'un segment limité du tube médullaire embryonnaire » (Schmidt, Aschoff). De même, les néoplasmes renfermant des dents rentrent, pour les premiers, dans les tératomes bi-germinaux, pour les seconds, dans les mono-germinaux. Enfin, est-il permis de comparer des fragments d'os plat à un rudiment de calotte crânienne, des kystes cylindriques vibratiles, avec parois cartilagineuses en quelques points, à une ébauche de bronche, des cellules épithéliales groupées en follicules au tissu thyroïdien? Les partisans de l'origine exclusivement bi-germinale le pensent; leurs adversaires répondent : « Il faut l'effort d'une imagination trop complaisante pour reconnaître dans ces informes productions l'ébauche même avortée d'un être parasite » (Kiener).

Je ne pousserai pas plus loin cet exposé comparatif des deux théories rivales, qui prétendent expliquer la pathogénie des tumeurs sacro-coccygiennes. Toutes deux s'appuient sur des arguments d'une certaine force, toutes deux sont passibles de sérieuses objections. Aucune ne nous apporte de preuves, scientifiquement établies. Elles n'ont donc que la valeur d'hypothèses, entre lesquelles il est permis de choisir, mais non de se prononcer. Le débat reste ouvert tout entier.

Symptômes. — A propos de l'étude macroscopique, j'ai insisté sur les caractères physiques des affections congénitales du siège. On comprend qu'il n'y ait rien de comparable entre un appendice caudiforme, un kyste dermoïde simple et une tumeur complexe. Les premiers figurent, en général, des prolongements cylindro-coniques des téguments, de consistance molle; parfois on peut suivre leur insertion dans la profondeur. Les seconds ont les attributs des dermoïdes de toutes les autres régions. Les dernières enfin, que nous visons spécialement ici, sont infiniment variables dans leur siège, leur implantation, leur mode de fixation, leur mobilité, leurs connexions, leur surface et leur aspect extérieurs, leur consistance, etc. J'en ai suffisamment parlé pour n'y pas revenir (p. 100 et suiv.).

Un point assez curieux concerne les mouvements variés, dont ces tumeurs sont parfois animées. Ils consistent généralement en ondulations, frémisses, contractions péristaltiques, se manifestant soit d'une façon spontanée, soit à la suite d'une excitation électrique ou mécanique. Depuis que Preuss et Virchow⁽¹⁾ les ont signalés dans un cas resté célèbre, ils ont été constatés par différents observateurs (Pannwitz, Nasse, etc.). On les attribue avec raison à la

(1) VIRCHOW, Ueber die Sacralgeschwulst des Schlievener Kindes. *Berl. klin. Woch.*, 1869, p. 195 et 240.

mise en jeu d'éléments musculaires striés ou lisses. Ainsi, dans l'observation d'Ahlfeld, il s'agissait d'un kyste placé devant le sacrum, tapissé d'épithélium intestinal et renfermant dans sa paroi des fibres lisses et du tissu graisseux; on trouvait, en outre, des tractus musculaires striés qui, de la colonne lombo-sacrée, descendaient dans l'épaisseur de la tumeur. Un néoplasme, enlevé par Bergmann et étiqueté fibro-myxo-lipome, était riche en fibres striées embryonnaires; en le mettant en contact avec les deux pôles d'une pile, on provoquait des contractions intenses, « qui faisaient ployer la tumeur en forme de gouttière ». Dans un cas cité par Stolper, il se produisait, lorsque l'enfant criait, des contractions d'ensemble, qui diminuaient le volume du néoplasme kystique. Les mouvements sont parfois plus limités, « se passant dans des mamelons cutanés, analogues à ceux des doigts » (cas de Treves). Sur une enfant de vingt-deux mois, dont Phocas⁽¹⁾ rapporte l'histoire, on sentait, en saisissant entre les doigts la tumeur, qui était volumineuse et pédiculée, des battements rythmiques, dus à des éléments musculaires lisses. « Ces pulsations étaient inégales, irrégulières, se produisaient environ 40 fois par minute et se fatiguaient par l'excitation. » Elles ne s'accompagnaient d'aucun phénomène perceptible à l'auscultation. Jordan seul, dans un cas, prétend avoir entendu des bruits vasculaires.

Lorsqu'elles sont volumineuses, les tumeurs sacro-coccygiennes gênent par leur poids. Celles, qui offrent des prolongements intra-pelviens ou qui occupent le petit bassin par leur masse principale, déterminent, moins souvent qu'on ne pourrait le croire, en dehors de quelques troubles de la miction et de la défécation, des accidents sérieux ou mortels de compression. On compte les cas d'hydronéphrose et d'occlusion intestinale. Deahna⁽²⁾ relate un cas de fistule vésico-vaginale par appui prolongé du néoplasme sur le réservoir urinaire et le conduit vaginal. Biernacki⁽³⁾ a vu un dermoïde présacré s'opposer à l'accouchement d'un fœtus normalement conformé.

En général, les tumeurs sacro-coccygiennes sont d'une parfaite indolence et non réductibles sous les pressions de la main. Exceptionnellement, pendant cette manœuvre, « l'enfant s'engourdit un peu et semble éprouver de la douleur. Lorsqu'il s'agit ou pousse des cris, la tumeur se tend parfois assez fortement et devient d'un rouge violacé, sans que l'on puisse pour cela rien préjuger de la communication avec l'intérieur du canal rachidien » (Duplay). Dans certains cas cependant, la compression provoque, comme dans beaucoup d'hydrorachis, de la souffrance, des convulsions, des troubles respiratoires et cardiaques, une tension exagérée des fontanelles.

Marche. Pronostic. — Les appendices caudiformes restent petits, mais peuvent subir un accroissement continu, en rapport avec celui du sujet. Les tumeurs d'apparence lipomateuse atteignent un volume très variable; elles paraissent offrir une faible gravité; toutefois il ne faut pas oublier que, derrière elles, se cache souvent un spina-bifida. Les dermoïdes purs sont d'un pronostic favorable : passant inaperçus au moment de la naissance, ils ne commencent, en général, à s'accroître que chez l'adolescent ou même chez l'adulte, et ne trahissent leur existence qu'alors qu'ils suppurent et deviennent fistuleux. Cela n'est

(1) PHOCAS, Deux cas de tumeurs sacro-coccygiennes. *Bull. de la Soc. de chir.*, 50 déc. 1896, p. 848.

(2) DEAHNA, Retrorectale Dermoidcyste. *Arch. für Gynäkol.*, 1874, t. VII, p. 505.

(3) BIERNACKI, cité par Stolper, *loc. cit.*, p. 216.