

vrai cependant que pour les dermoïdes postérieurs. Ceux qui sont intra-pelviens⁽¹⁾ ont plus d'une analogie avec les tératomes; rapidement ils arrivent à acquérir des proportions considérables et à menacer l'existence.

Le pronostic est plus sombre pour les hydrorachis (voir t. III, p. 705), bien qu'on observe des cas avec évolution favorable et guérison spontanée. Enfin, il est tout aussi grave pour les vrais tératomes, qu'ils soient mono- ou bi-germinaux, qu'ils existent seuls ou se compliquent de fissure vertébrale. Souvent, en effet, ils déterminent la mort du fœtus, se compliquent d'hydramnios et entraînent l'accouchement prématuré (Budin, Coudère). Sur 81 enfants, Molk compte 29 mort-nés. Calbet porte à plus d'un cinquième la proportion des enfants nés avant terme (ordinairement au 6^e mois) et presque tous morts; et il ajoute qu'une grande partie des enfants à terme viennent morts.

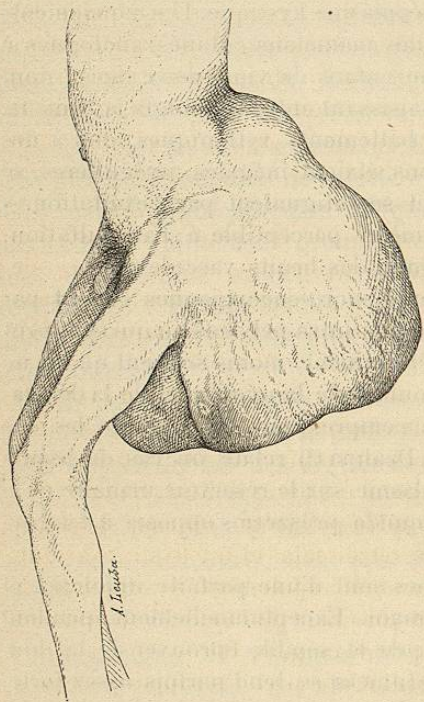


FIG. 44. — Tumeur congénitale sacro-coccygienne. (D'après une photographie communiquée par le docteur Chibret.)

Mais ce n'est pas tout; sur 70 enfants nés vivants, 61 succombent très rapidement dans les premières semaines ou dans les premiers mois (Molk). Pourquoi? C'est que les tumeurs, déjà volumineuses à la naissance, ne cessent de s'accroître et parfois d'une façon étonnante et on comprend ainsi pourquoi l'on prononce si facilement le mot de cystosarcome. La vérité est que, chez le fœtus, la plupart des tératomes sacro-coccygiens sont encore constitués surtout par des éléments et des tissus à l'état embryonnaire (Trévoux)⁽²⁾. Et Calbet écrit à juste titre: « Ces tissus embryonnaires, en raison de leur homogénéité et de l'absence de coordination qui existe entre eux, ont tendance à se développer avec exubérance, produisant sur le sujet qui les porte des troubles nutritifs assez graves pour déterminer la mort à brève échéance. En outre, après la naissance, ces tumeurs se développent généralement rapidement, soit aux dépens du tissu conjonctif qui les forme, soit aux dépens de leurs éléments kystiques, et cette augmentation de volume est en rapport avec la nature des tissus qui les composent. Elle est d'autant plus prononcée que les tissus sont moins différenciés, sont plus homogènes. C'est donc cet élément qui donne au pronostic une grande partie de sa gravité. »

Ainsi bon nombre de sujets sont emportés par des troubles intestinaux, par l'athrepsie, meurent dans le marasme et « l'on peut dire, sans s'éloigner beaucoup de la vérité, que les 3/5 des enfants, qui naissent avec des tumeurs de ce genre, n'atteignent pas la deuxième année ».

⁽¹⁾ En tenant compte des restrictions nosographiques indiquées ci-dessus (p. 125).

⁽²⁾ TRÉVOUX, *Des tumeurs à tissus multiples*. Thèse de Lyon, 1888, série I, n° 414, p. 99.

A partir de cet âge, le chiffre de la mortalité s'abaisse heureusement d'une façon très sensible; le pronostic est d'autant plus rassurant que les opérés guérissent en grand nombre. Cependant beaucoup d'enfants succombent encore, enlevés par des accidents infectieux (ulcération, lymphangite, érysipèle, rupture de poches kystiques, etc.), ou emportés, au milieu de convulsions, par une méningite spinale. Quand les sujets survivent, la tumeur reste parfois stationnaire ou n'augmente que lentement de volume. Les individus, qui en sont porteurs, peuvent atteindre un âge assez avancé, quinze, trente-cinq, quarante ans. Il est très exceptionnel toutefois de les voir arriver à l'état adulte. Souvent, dans ces cas, la tumeur sacro-coccygienne, après avoir conservé longtemps des dimensions moyennes, prend soudain une notable extension. Il est difficile alors de ne pas présumer l'intervention d'un facteur malin, une transformation, au moins partielle, en véritable néoplasme, au sens étroit de ce mot. Mon ami, le Dr Chibret (d'Aurillac), m'a communiqué un cas de ce genre. C'est celui d'un homme, mort cachectique à l'âge de trente-deux ans (l'autopsie n'a pas été faite), qui portait, depuis la naissance, une tumeur mi-solide, mi-kystique. Pendant l'enfance, elle n'avait que le volume du poing et elle avait augmenté très lentement, ne dépassant pas la grosseur des deux poings. C'est à l'âge de trente et un ans, dans l'espace de trois mois que, sans traumatisme, sans cause appréciable, la tumeur avait pris des dimensions extraordinaires (fig. 44).

Diagnostic. — Certes, il n'est pas difficile de poser le diagnostic de tumeur sacro-coccygienne et il faudrait un examen bien incomplet pour croire, comme on l'a fait dans deux cas rapportés par Lotzbeck et Braune, à une cystocèle congénitale ou à une hernie de l'intestin. Un seul point est assez délicat (Sänger)⁽¹⁾: lorsque la masse néoplasique est uniquement intra-pelviennne, on a pu, dans des circonstances rares, hésiter entre un dermoïde rétro-rectal et un kyste ovarique de même nature, d'autant que tous deux tendent rapidement à suppurer, à s'ouvrir par des fistules dans le rectum ou au voisinage de l'anus; la confusion est presque inévitable. (Voy. plus haut la note de König, p. 105.)

En revanche, si l'on a bien présents à l'esprit, d'une part les rapports étroits qui unissent toutes les variétés de tumeurs sacro-coccygiennes, d'autre part les aspects tout à fait identiques, sous lesquels se manifestent parfois les productions morbides les plus différentes par leur pathogénie, on comprend à quelles difficultés se heurte le chirurgien, pour fixer les deux points réellement importants au point de vue de l'intervention: savoir la nature de la tumeur et ses connexions avec l'intérieur du canal sacré. Sans doute, ici comme ailleurs, le problème clinique est parfois aisé à résoudre. Mais, peut-être, les cas simples sont-ils plus rares que dans toute autre région et il faut constamment s'attendre à de désagréables surprises. J'y ai déjà fait allusion (p. 117). Je rappellerai encore un fait bien topique, déjà relaté par Kirmisson à l'article SPINA-BIFIDA. Chez un enfant de quatre ans, dont la tumeur congénitale sacrée se compliquait d'incontinence d'urine et de matières fécales, Jefferson⁽²⁾ diagnostiqua un simple lipome, l'extirpa et tombe sur une masse de graisse recouvrant un petit kyste, dont s'écoulaient 15 grammes de liquide. L'enfant meurt et, à l'autopsie, on trouve un kyste gros comme un œuf de pigeon, situé au niveau

⁽¹⁾ SÄNGER, Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes und Operationen von Beckengeschwülsten durch Perineotomie. *Arch. für Gynäkol.*, 1890, t. XXXVII, p. 400.

⁽²⁾ JEFFERSON, Spina bifida masked by a fatty tumor. *The Lancet*, 15 oct. 1885, p. 655.

de l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée; dans ce kyste venait aboutir l'extrémité inférieure de la moelle, adhérente à sa paroi.

Deux facteurs compliquent singulièrement l'étude diagnostique des tumeurs sacro-coccygiennes: d'abord leur volume souvent énorme, en second lieu les sensations qu'elles donnent au palper. En raison de leurs dimensions et de leur extension, on ne peut déterminer si elles sont placées en avant ou en arrière du sacrum et du coccyx; l'état de ces os devient impossible à apprécier, d'autant qu'ils sont souvent atrophiés ou enfouis au sein de la masse morbide. *A priori*, on pourrait s'imaginer que les tumeurs en communication avec le canal rachidien dussent être franchement kystiques, fluctuantes, dépressibles ou entourées de lipomes grossièrement lobulés; que les vrais tératomes, sans communication avec ce canal, fussent d'une consistance inégale, ici molle, là ferme et qu'on pût même sentir, dans leur masse, des parties osseuses et cartilagineuses. En réalité, il n'en est rien et, si quelques inclusions fœtales sont assez faciles à reconnaître, il n'en est pas moins vrai de dire que, presque toujours, les parties dures, qui appartiennent plus spécialement aux tératomes, sont soit masquées par des amas de graisse ou par d'autres tissus, soit contenues dans des kystes tendus et rénitents et que, dans les deux cas, elles échappent à l'exploration manuelle.

Mais laissons de côté les conditions dans lesquelles il est réellement impossible de se prononcer et voyons donc sur quelles constatations on peut s'appuyer, pour serrer aussi près que possible le diagnostic.

Bergmann attache avec raison une haute importance au siège de la tumeur, à son implantation éventuelle, qu'il faut déterminer, non par la simple inspection, mais surtout à l'aide du toucher rectal. Ce dernier mode d'examen s'impose dans tous les cas. Les productions, qui sont placées en avant du sacrum et se développent du côté du bassin, n'ont, en général, aucune communication avec le canal rachidien. Je dis en général, car il y a des exceptions, et je rappelle ici les faits, bien étudiés, de méningocèle sacrée antérieure (p. 116). Le plus souvent, il s'agit de dermoïdes purs ou de tératomes. Les premiers ont plutôt une localisation purement intra-pelvienne, c'est-à-dire qu'ils ne tendent guère ni à apparaître à l'extérieur, ni à se prolonger dans la cavité abdominale; parfois aussi le doigt introduit dans le rectum constate la mollesse, la dépressibilité spéciales aux kystes athéromateux. Les seconds acquièrent un volume bien plus notable, ils quittent le bassin, montent dans le ventre; l'un de leurs lobes englobe souvent le sacrum ou fait saillie au périnée postérieur.

Pour toutes les tumeurs rétro-sacro-coccygiennes, la question première qui se pose est celle de la communication avec le canal rachidien. Celle-ci existe dans un très grand nombre de cas, même lorsqu'elle n'est pas indiquée par les phénomènes pathognomoniques (accidents nerveux et convulsifs, tension des fontanelles, etc.), ou qu'on ne peut reconnaître les bords de la fente vertébrale. Il faut y penser, en particulier, pour tous les kystes qui sont exactement médians. Mais le siège latéral n'exclut en aucune façon l'existence du spina-bifida; on sait que, si les myélocystocèles sont presque toujours médianes postérieures, beaucoup de méningocèles sacrées se développent uniquement d'un côté, simulant des tumeurs fessières (fig. 57), plutôt que sacro-coccygiennes. Certaines observations semblent indiquer que les tératoïdes occupent plutôt à leur début la partie basse du sacrum, descendent vers le coccyx, et tendent à former ces masses plus ou moins pédiculées, appendues à l'extrémité

inférieure du tronc; les hydrorachis, au contraire, paraissent rester adhérentes par une plus large base, couvrir le territoire des vertèbres sacrées supérieures, et intéresser parfois la partie inférieure de la colonne lombaire. C'est une remarque bonne à retenir. On a pensé que l'examen du liquide obtenu par ponction était susceptible de donner d'utiles renseignements. Sans doute, on a pu recueillir, dans tel cas, du liquide céphalo-rachidien, dans tel autre, de la sérosité, du sang, etc.; constater la présence de nombreux éléments cellulaires et soupçonner, d'après ces caractères, un kyste intra- ou extra-vertébral. Mais ceux-ci n'ont rien d'absolu; ils sont sujets à trop de variations. Aussi la ponction, procédé de diagnostic infidèle et trompeur, doit-elle être abandonnée en raison de ses dangers. Ajoutons enfin que certaines tumeurs, ainsi les lipomes, les formations caudales, etc., méritent, en tout état de cause, d'être soumis à un examen très attentif; il faut toujours penser à leur complication possible avec l'une des variétés du spina-bifida, en particulier lorsqu'on note la présence concomitante d'un pied bot, de phénomènes nerveux ou trophiques, de troubles de la miction et de la défécation, etc.

S'il faut donc s'entourer de toutes les précautions, appeler à son aide tous les moyens d'exploration clinique pour reconnaître l'existence ou l'absence d'une communication avec le canal rachidien, il est, par contre, moins important de différencier les variétés des tératoïdes, de distinguer, par exemple, une diplogénèse par inclusion d'une tumeur mixte mono-germinale. Tous les caractères qu'on a indiqués, tirés de la marche, de l'ulcération plus ou moins rapide, de la forme, de la consistance, etc., n'ont qu'une valeur très relative; et, à moins de circonstances particulières, d'élimination de débris solides, de fragments de fœtus, etc., on restera toujours dans le vague.

Traitement. — Simple dans quelques cas, le traitement des tumeurs congénitales du siège soulève, en général, de grosses difficultés.

Les kystes dermoïdes, implantés à la face dorsale du sacrum et du coccyx, sont justiciables de l'extirpation totale, parfois rendue laborieuse par les fistules et la suppuration concomitantes.

Les appendices caudiformes gênent assez souvent les sujets qui en sont porteurs et doivent être enlevés. Cette ablation est inoffensive, bien qu'on cite un cas de mort. Elle peut donner lieu à des hémorragies assez sérieuses. Quand ces appendices prennent une racine profonde, il faut être prudent, en raison de leurs rapports possibles avec le canal sacré.

Certaines formations parasitaires avortées, constituées par exemple par une extrémité implantée sur la région sacro-coccygienne, ont plusieurs fois été supprimées avec succès. Il suffit de pratiquer l'amputation pure et simple; il est inutile de chercher à détacher le membre au niveau de son insertion proprement dite, qui se trouve parfois à une assez grande profondeur dans le bassin (Pitha, Koenig).

Je n'ai rien à dire du traitement du spina-bifida sacré qui ne diffère pas de celui des autres régions. Quand l'affection se complique d'un lipome, d'un fibrome, d'un néoplasme mixte, on a pu se contenter de l'ablation de ceux-ci, et respecter la poche d'hydrorachis (Bornemann, Leriche). D'autres opérateurs joignent à cette exérèse la cure radicale du spina-bifida. On a parfois aussi étreint dans une ligature un pédicule séreux, qui pénétrait entre deux lames vertébrales ou par l'hiatus sacré. Pour toutes les tumeurs qui occupent, par

leur masse principale ou par un de leurs prolongements, la face postérieure de la colonne sacro-coccygienne, il faut opérer avec la plus grande asepsie, procéder avec une extrême prudence et avoir constamment l'œil fixé sur le canal rachidien.

Restent enfin les grosses tumeurs tératoïdes. Assez souvent, elles font obstacle à la parturition et nécessitent des interventions diverses (ponction, section morcellement, embryotomie).

Après la naissance, comment doit-on les traiter? On a parfois conseillé d'attendre la fin de la première année. Mais il ne faut pas oublier que la plupart des enfants, abandonnés à eux-mêmes, succombent rapidement par suite de l'accroissement incessant de la tumeur. Pour peu que l'intervention soit possible, il faut donc l'exécuter dès que l'allaitement est commencé (Calbet). D'ailleurs, dans bien des cas, on a la main forcée par la rupture et l'infection d'une poche kystique, par les menaces de septicémie, etc.

L'opération décidée, il convient d'étudier les connexions de la tumeur, de rechercher son implantation, sa mobilité, ses prolongements profonds, l'état du squelette, enfin et surtout de se rendre compte de ses rapports avec la moelle et les méninges. On ne saurait tracer ici un manuel opératoire, tant il varie suivant les cas. Tantôt on arrive aisément sur le tératome, tantôt il faut se créer une voie d'accès, en écartant le coccyx et la partie inférieure du sacrum, ou même en les réséquant. Si l'ablation des lobes superficiels est en général aisée, il n'en est plus de même pour les masses profondes, intra-pelviennes. Dans certains cas, il est vrai, l'énucléation est relativement simple; mais, dans une foule d'autres, on rencontre des adhérences, on risque de blesser la vessie ou l'urètre. Parfois on a ouvert le péritoine (Senftleben, Holmes). Assez souvent, on a lésé le rectum (Middeldorpf, Pannwitz, Leriche, Schmidt, Hildebrand). L'hémorragie peut être inquiétante: elle se fait par les gros plexus veineux, appliqués sur la capsule de la tumeur, ou par les vaisseaux du pédicule, spécialement par l'artère sacrée moyenne, qu'on a trouvée dilatée dans un grand nombre de cas. L'hémostase doit être faite avec soin.

Il faut procéder d'une façon rapide, sans toutefois marcher à l'aveuglette, et, en tout cas, mieux vaut ne pas enlever la totalité du néoplasme que de prolonger l'acte opératoire, sur des enfants déjà bien affaiblis. Du reste, les extirpations, même incomplètes, ont parfois donné des résultats satisfaisants. (Duplay, Kœnig, Phocas). D'autres chirurgiens ont opéré en plusieurs séances (Ritschl, Nasse).

Si la réunion immédiate peut être obtenue dans quelques cas, il reste, plus fréquemment, une vaste plaie, qu'il faut drainer et traiter ultérieurement par les greffes ou l'autoplastie à l'aide de lambeaux empruntés à la fesse, à la cuisse.

On a dressé des statistiques dans le but d'établir les résultats du traitement des tératomes sacro-coccygiens. Il me semble inutile de les reproduire, d'autant qu'elles datent (Braune, Molk, Duplay) de la période pré-antiseptique et ne tiennent nul compte de la classification anatomique actuelle.

L'impression générale qui se dégage à la lecture des interventions récentes est assez satisfaisante. Néanmoins, malgré les progrès de la chirurgie contemporaine, les opérations pour tumeurs congénitales du siège restent graves: leur pronostic doit être réservé.

APPAREIL URINAIRE

REIN — URETÈRES — VESSIE — CAPSULES SURRÉNALES

Par le D^r TUFFIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

REIN

Dans la première édition de cet ouvrage, alors que la chirurgie rénale était encore dans son enfance, j'ai donné assez complètement la bibliographie correspondante à chacune des affections du rein. Mais, depuis cette époque, les publications parues sur ce sujet sont si nombreuses, que je n'en citerai que les plus remarquables.

Consulter surtout: RAYER, *Maladies des reins*, 3 vol. — GUYON, *Cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 1885. — LABADIE LAGRAVE, *Urologie clinique des maladies des reins*, 1888. — LE DENTU, *Affections chirurgicales des reins et des capsules surrénales*, 1889. — Chez les Anglais: ROBERTS, *Urinary and renal diseases*, 1^{re} édit. — DICKINSON, *Diseases of the Kidneys*, vol. III. — NEWMANN, *Surgical diseases of the Kidneys*. — MORRIS, *Diseases of the Kidneys*, 1885.

CHAPITRE PREMIER

EXPLORATION DU REIN

MERKLEN, *Thèse de Paris*, 1881. — LANGE, *Annals of Surgery*, 1885. — OTIS, *Boston med. and surg. Journal*, 1887. — TUCHMAN, *Bâle*, 1887. — ZULZER, *Berl. klin. Woch.*, 1887, p. 574. — GLÉNARD, *Province médicale*, 28 avril et 7 mai 1887. — LLOYD, *New-York, med. Journ.*, 31 déc. 1887. — GUYON, *Bull. méd.*, 6 et 10 mars 1888. — GUILLET, *Thèse de Paris*, 1888. — IVERSEN, *Centr. für Chir.*, 1888, p. 281. — RECAMIER, *Thèse de Paris*, 1888-1889, n° 227. — ISRAËL, *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 7 et 8, p. 125 et 156. — MOREZ, *Nouveau Montpellier médical*, 1891, p. 809. — LE DENTU, Du faux ballottement rénal. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XIX, p. 89. — TAUFFER, *Chirurgie du rein et des uretères*. *Pest. med. chir. Presse*, 1895, n° 42 et 44. — HOFFMEISTER, Bactériologie de l'urine des individus bien portants. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 37. — LE DENTU, *Bull. méd.*, oct. 1895. — BIDAULT, *Thèse de Paris*, 1894. — ISRAËL, *Chirurgie rénale*, vol. in-8°, Berlin, 1894. — ROUX, *Ann. gén.-urin.*, déc. 1894, p. 809. — KELLY, Diagnostic des affections urétérales chez la femme. *Journal Amer. med. Assoc.*, 17 août 1895. — LAVAT, La chirurgie du rein. *Thèse de Toulouse*, 1895. — POUSSON, Incision exploratrice et curative d'un rein lithiasique. *Mercure médical*, 11 septembre 1895. — HUBER, De la résorption au niveau du rein. *Arch. de phys.*, VII, p. 565. — DANDOIS, *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 15 juillet 1895. — BARON, *Soc. anat.*, déc. 1895. — BENSANDE, Dégénérescence kystique des deux reins simulant le mal de Bright. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896. — KOFFMANN, Anatomie chirurgicale des reins. *Wiener med. Woch.*, 20 juin 1896. — MONPRO-