

tion d'os à laquelle elle répond; une sensibilité plus ou moins vive à la pression, et souvent des douleurs spontanées très-intenses avec irradiations sur le trajet des nerfs des plexus lombaire et sacré; enfin, dans quelques cas, la dégénérescence des ganglions voisins, l'existence de tumeurs analogues sur d'autres points du squelette, et l'altération profonde de la santé générale: tels sont les signes qui permettront le plus souvent de soupçonner l'ostéosarcome du bassin.

Nous n'avons rien à dire du pronostic, dont on devine la gravité, ni du traitement, qui reste toujours palliatif.

II. Les articulations du bassin peuvent être le siège d'inflammations aiguës et chroniques. Nous avons décrit dans une autre partie de cet ouvrage la *sacro-coxalgie*, ou arthrite fongueuse de l'articulation sacro-iliaque; nous dirons seulement quelques mots de cet état particulier qui a été désigné sous le nom de *relâchement des symphyses* et qui se manifeste quelquefois dans le cours de la grossesse.

Les femmes qui en sont atteintes accusent des douleurs dans les lombes pendant la marche, la station debout, au point d'être obligées parfois de garder le lit jusqu'au terme de leur grossesse. Après l'accouchement les symptômes persistent ou même s'aggravent; les malades ne peuvent marcher sans l'aide de béquilles, ou parviennent seulement à le faire en se courbant en avant, en appuyant les mains sur les genoux ou en serrant fortement l'une contre l'autre les deux moitiés du bassin. Dans certains cas même, les malades sentent les articulations se mouvoir et les surfaces articulaires frotter l'une contre l'autre, et le chirurgien peut constater par le toucher l'écartement et la mobilité anormale des symphyses.

Cet état morbide, loin de faciliter l'accouchement, peut déterminer pendant le travail des douleurs très-vives et provoquer, au moment de l'accouchement, des accidents tels que la rupture des ligaments, l'inflammation et la suppuration des jointures déjà malades.

La guérison spontanée survient le plus souvent au bout de quelques semaines; mais elle peut se faire attendre pendant plusieurs mois, et dans certains cas même le diastasis articulaire persiste indéfiniment; d'où une certaine réserve dans le pronostic.

Le traitement consiste dans le repos et dans l'emploi d'une ceinture pelvienne assurant l'immobilité des articulations. L'hydrothérapie pourrait aussi, en pareil cas, être conseillée avec avantage.

§ II. — Lésions vitales et organiques des parties contenues dans l'intérieur du bassin.

Il ne sera question ici que des lésions ayant leur siège dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne; quant aux maladies des viscères, tels que le rectum, les organes génito-urinaires, elles seront étudiées ultérieurement dans des chapitres spéciaux.

1° Lésions inflammatoires.

Les phlegmasies du tissu cellulaire intrapelvien, qui reconnaissent parfois une origine traumatique, résultent le plus ordinairement de la propagation de l'inflammation des organes contenus dans l'excavation; tels sont les phlegmons et abcès consécutifs aux maladies du rectum et des organes génito-urinaires.

Ces phlegmons et abcès secondaires ont généralement un siège particulier et une symptomatologie spéciale, suivant leur point de départ dans tel ou tel organe. Aussi devons-nous les décrire plus tard à l'occasion des maladies propres à chaque viscère pelvien.

Il importe, cependant, de signaler une forme rare de phlegmasie du tissu cellulaire pelvien qui succède parfois à un traumatisme, ou se montre à titre de complication dans le cours d'une maladie d'un des organes du bassin, et qui diffère des phlegmons et abcès dont il vient d'être question par l'absence de toute localisation. La phlegmasie envahit rapidement et de proche en proche tout le tissu cellulaire intrapelvien, à la manière du phlegmon diffus, d'où le nom de *cellulite pelvienne diffuse*, qui lui a été donné.

Dans un mémoire récent, Bouilly (1) a étudié la cellulite pelvienne diffuse qui succède parfois aux opérations même légères pratiquées sur le rectum, et il attribue une grande part dans le développement de cette redoutable complication à l'existence antérieure d'un phlegmon chronique du tissu cellulaire périnéal et à l'introduction des gaz et des matières fécales dans ce tissu cellulaire à la suite de l'opération.

Quoi qu'il en soit, la cellulite pelvienne débute par un violent frisson, suivi de fièvre intense, de vomissements, de dyspnée, d'altération rapide des traits. Du côté du bassin, on constate de la douleur, du météorisme, de la rétention d'urine. Parfois on a vu l'invasion de la cellulite pelvienne diffuse coïncider avec l'apparition d'un érysipèle extérieur, ce qui semble indiquer que les deux affections ont une même origine et une même nature, et consistent en une lymphangite intra et extra-pelvienne.

La mort est la terminaison constante de la cellulite pelvienne diffuse; elle survient, en général, rapidement, au milieu des symptômes de la septicémie aiguë, et elle est quelquefois rendue plus prompte par la propagation de la phlegmasie au péritoine.

2° Tumeurs.

Les tumeurs de l'excavation pelvienne (abstraction faite bien entendu de celles qui se développent aux dépens des viscères) ne sont pas communes.

(1) *Archiv. génér. de méd.*, janvier et février 1879.

a. On a signalé quelques rares exemples de *fibro-lipomes*, de *sarcomes*, de *myxo-sarcomes*, ayant pris naissance dans l'excavation du bassin, et qui, après s'y être développés, sont venus faire saillie par l'une des échancrures pelviennes; quelquefois même ces tumeurs naissent à ce niveau et se développent à la fois à l'intérieur et à l'extérieur. J'ai vu quelques faits de cette nature, et dans un cas en particulier où il s'agissait d'un lympho-sarcome envahissant presque tout le tissu cellulaire de l'excavation, on crut à une affection de la prostate, en raison des troubles très-accusés du côté de la miction, et l'erreur ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

b. Les *kystes hydatiques* nés dans le tissu cellulaire du petit bassin ne sont pas aussi rares; Charcot (1) en a réuni 12 observations: 6 chez la femme, 5 chez l'homme et 1 chez un sujet dont le sexe n'a pas été noté.

Le diagnostic en est fort difficile. Comme toutes les autres tumeurs de l'excavation, les kystes hydatiques compriment les viscères et gênent leurs fonctions; de plus, ils présentent parfois comme caractères pathognomoniques le frémissement hydatique, l'existence simultanée de kystes semblables sur le même individu, enfin l'issue des hydatides, soit à la suite d'une ponction, soit à la suite de l'ouverture spontanée du kyste. Celle-ci peut se faire par le rectum, la vessie, l'utérus, le vagin, ou bien par l'ulcération de la peau.

La ponction, l'incision, simples ou suivies d'injections modificatrices, ont été conseillées et pratiquées pour obtenir la guérison de semblables tumeurs, et l'opération a été faite soit par le vagin, soit par le rectum.

Quoique la mort soit la terminaison habituelle des kystes hydatiques du bassin, on possède cependant quelques exemples de guérisons obtenues après la ponction. Thomson (2) en a rapporté six cas.

On doit noter enfin que les kystes hydatiques peuvent aussi envahir les os du bassin (os iliaque et sacrum), et produire des désordres étendus. Le diagnostic de ces kystes osseux est le plus souvent très-difficile.

Je terminerai cette étude sommaire des tumeurs de l'excavation en décrivant un groupe de tumeurs assez fréquentes que l'on rencontre vers l'extrémité inférieure du tronc et qui, siégeant tantôt à l'extérieur, tantôt à l'intérieur du bassin, présentent comme caractère commun d'exister à la naissance; on les désigne sous le nom de *tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne*.

Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

Les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne n'ont commencé à être étudiées sérieusement que depuis une trentaine d'années,

(1) *Mém. de la Soc. de biologie*, t. IV, p. 101, et *Gaz. méd. de Paris*, 1852.

(2) *Union médicale*, 1^{er} septembre 1860.

et même encore aujourd'hui elles ne sont décrites dans aucun de nos traités classiques de chirurgie.

Pendant longtemps ces tumeurs furent toutes confondues avec les *inclusions fœtales* ou les *monstruosités parasitaires*. Ammon (1) le premier reconnut quatre variétés comprenant: 1^o des hernies, 2^o des hydro-rhachis, 3^o des inclusions, 4^o des néoplasmes. Mais on ne possédait encore aucune observation sérieuse sur l'origine et la structure de ces tumeurs, et leurs caractères cliniques restaient également très-obscur. En 1843, Wernher, dans un mémoire sur les *hygromas kystiques congénitaux*, réunit tous les cas connus au nombre de quinze, et rapprocha, au point de vue de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement, les hygromas kystiques congénitaux de la région sacrée de ceux que l'on observe au cou et dans l'aisselle. Plus tard Veling, ayant observé un cas de tumeur kystique congénitale de l'extrémité inférieure du tronc, dont l'ablation fut pratiquée avec succès par le professeur Stoltz, en fit le sujet de sa dissertation inaugurale.

En 1858, Lotzbeck publia sur les tumeurs congénitales de la région sacrée un travail important, non-seulement par les faits nombreux qu'il renferme, mais aussi par l'attention toute particulière qu'il donna à la structure anatomique de ces tumeurs. L'histologie servit de base pour une nouvelle classification, et Lotzbeck divisa les tumeurs sacrées congénitales en tumeurs *graisseuses*, *cartilagineuses*, *osseuses*, *vasculaires*, *cystiques*, *fibreuses* et *épithéliales*, sans se prononcer d'aucune manière sur l'origine de ces diverses variétés.

La découverte de la glande coccygienne de Luschka (2) sembla devoir jeter un jour tout nouveau sur le mode de développement des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc. On ne tarda pas, en effet, à supposer qu'un certain nombre d'entre elles pourraient bien avoir leur point de départ dans les altérations de la glande coccygienne, et nous verrons plus tard jusqu'à quel point l'étude des observations vient confirmer cette hypothèse. Depuis la découverte de Luschka, plusieurs monographies ont été publiées sur le sujet qui nous occupe; l'une par Braune, et l'autre par Molk. Ces travaux ont été analysés par moi dans une revue critique publiée dans les *Archives générales de médecine*. Enfin, le professeur Depaul a encore ajouté à nos connaissances sur ce sujet par la publication d'un travail récent.

WERNHER, *Die angeborenen Cystenhygrom Giessen*, 1843. — VELING, *Essai sur les tumeurs enkystées de l'extrémité inférieure du tronc fœtal*, thèse de Strasbourg, 1846. — LOTZBECK, *Die angeborenen Geschwülste der hintern Kreuzbein-gegend*, Munchen, 1858. — BRAUNE, *Die Doppelbindungen und angeborenen Geschwülste der Kreuzbein-gegend*. Leipzig, 1868. — MOLK, *Des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc*, thèse de Strasbourg, 1868. —

(1) *Die Angeborenen chirurgischen Krankheiten*, Berlin, 1842.

(2) *Der Hirnanhang und die Steissdrüse*, Berlin, 1860.

S. DUPLAY, *Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne* (Archives génér. de méd., décembre 1868). — DEPAUL, *Des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc* (Archives de tologie, 1877).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne présentent un grand nombre de variétés, relativement à leur structure, à leur siège et à leurs rapports avec les parties avoisinantes et plus spécialement avec le sacrum et le coccyx; d'où l'on peut conclure a priori que ces tumeurs ne sauraient avoir une origine commune.

Parmi les faits décrits par les auteurs, il s'en trouve d'abord un nombre assez considérable qui se rapportent manifestement à des *occlusions fœtales*. Sans examiner ici les diverses hypothèses émises relativement aux inclusions, je décrirai d'abord rapidement les diverses variétés de tumeurs parasitaires que l'on peut rencontrer à la région sacro-coccygienne.

Leur forme est hémisphérique ou plus souvent allongée; leur surface est lisse et unie; quelquefois irrégulière, et représentant, en certains points, des appendices plus ou moins comparables à ceux des membres. Ces tumeurs acquièrent souvent un volume considérable et des dimensions telles, qu'elles descendent jusqu'aux jarrets ou même jusqu'aux talons. Leur siège habituel est à la partie antérieure du sacrum et du coccyx; elles font alors saillie au périnée, en arrière de l'anus. Cependant on peut les rencontrer également à la face postérieure du sacrum; quelques-unes semblent partir de la pointe du coccyx. Dans certains

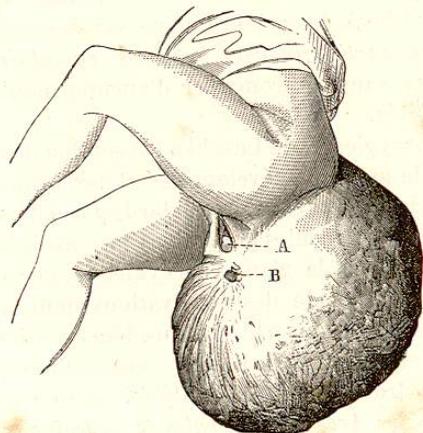


FIG. 71. — Tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne. — A, vaive. — B, anus.

cas, enfin, il existe en même temps une seconde tumeur fœtale incluse dans l'abdomen et qui est reliée à la tumeur périnéale.

La peau, une membrane fibreuse, une membrane muqueuse, constituent généralement les enveloppes de ces tumeurs. La peau est tendue, parcourue par de nombreux vaisseaux dilatés. La membrane fibreuse est plus ou moins épaisse et résistante, et dans les cas exceptionnels où il existe dans l'abdomen un second kyste fœtal, la membrane fibreuse se prolonge d'un kyste à l'autre. La membrane muqueuse, lisse, tapissée

d'un épithélium pavimenteux, donne attache au fœtus parasitaire, qui lui adhère au moyen de brides fibro-celluleuses.

On trouve habituellement dans ces tumeurs des parties liquides et des parties solides. Le liquide est formé par une sérosité claire, renfermant de l'eau, de l'albumine, du chlorure de sodium, des débris épithéliaux et des globules sanguins. Dans un cas rapporté par Himly, le liquide contenu dans le kyste avait une composition analogue à celle de l'eau de l'amnios.

Les parties solides comprennent des portions plus ou moins considérables de membres, tantôt garnis de tous leurs tissus, tantôt réduits à un état rudimentaire. C'est ainsi que l'on rencontre, isolés ou réunis, un bras, une jambe, une main, un pied, etc. Dans d'autres cas, on trouve seulement des os ou des fragments d'os que l'examen fait reconnaître pour appartenir aux os des membres.

Plus rarement ces tumeurs renferment des rudiments du squelette du crâne et de la colonne vertébrale, et, dans ces cas, les extrémités font défaut. C'est aussi à titre d'exception qu'il faut signaler la présence, dans quelques-unes de ces tumeurs, de masses intestinales plus ou moins longues, quelquefois munies de leur mésentère et renfermant même du méconium.

A côté de ces faits, dont l'origine et la nature fœtale ne sauraient faire l'ombre d'un doute, il reste encore un certain nombre d'observations dans lesquelles on a rencontré, au sein de tumeurs sacro-coccygiennes congénitales, des nerfs et des masses plus ou moins analogues au cerveau et au cervelet, et présentant la structure anatomique de la substance cérébrale.

Je ne fais aucune difficulté à admettre que la plupart de ces tumeurs appartiennent à la classe des inclusions. Il en est de même d'un fait présenté à la Société de chirurgie (3 juillet 1867) par Depaul, sous le nom de tumeur embryoplastique. Celle-ci renfermait des fragments de tous les tissus normaux qui composent le fœtus (tissu musculaire lisse et strié, tissu conjonctif, cartilages, os), et était parsemée de petits kystes contenant des cellules épithéliales prismatiques.

Je dois encore signaler une particularité intéressante de la structure des inclusions sacro-coccygiennes; c'est la présence assez commune, dans l'intérieur de ces tumeurs, d'amas de matières grasses, stéatomes, et de kystes séreux multiples. Cette structure complexe explique comment on a pu quelquefois, à première vue, se méprendre sur la véritable nature de l'affection.

Parfois tout à fait indépendantes des os du bassin, les tumeurs parasitaires offrent le plus souvent des adhérences avec le sacrum ou le coccyx, au moyen d'un pédicule plus ou moins large, plus ou moins résistant, et généralement pourvu de vaisseaux qui proviennent de l'artère sacrée moyenne. Mais on peut dire que, dans l'immense majorité des cas, elles n'offrent aucune communication avec l'intérieur de la cavité

rachidienne. Cependant, on trouve dans le mémoire de Braune (1) deux observations empruntées l'une à Garcia Lopez, l'autre à Himly, et dans lesquelles il y avait coïncidence de spina bifida. Il me paraît en être de même pour un troisième fait rapporté par Virchow (2). Quoique l'auteur ne le donne pas comme un cas d'inclusion, je pense que telle était sa nature et qu'il s'agissait d'une tumeur parasitaire coïncidant avec un spina bifida du sacrum.

Il importe maintenant d'examiner si, parmi les autres tumeurs congénitales de cette région, il s'en trouve qui présentent des rapports avec le canal rachidien. On a longtemps admis que la plupart des tumeurs de la région sacro-coccygienne étaient des *hydrorachis avec spina bifida* plus ou moins modifiées par les progrès du développement.

Or, existe-t-il un spina bifida de la région sacro-coccygienne? Le fait a été mis en doute par plusieurs membres de la Société de chirurgie, dans une discussion récente. Tandis que Trélat, Depaul et Verneuil n'admettent pas le spina bifida dans une région aussi déclive, Giraldès et Tarnier soutiennent que cet arrêt de développement peut exister là comme en d'autres points du rachis. Pour ce qui est du spina bifida coccygien, aucun fait n'en démontre l'existence. Une observation de Bérardi (3) semblerait faire exception; mais cet auteur se borne à dire qu'il a constaté la division du coccyx coïncidant avec un spina bifida de l'extrémité inférieure du sacrum, et comme l'exactitude de ce diagnostic n'a pas été contrôlée par l'autopsie, on est en droit de nier, jusqu'à preuve du contraire, l'existence du spina bifida coccygien, et de considérer comme indépendantes du canal rachidien toutes les tumeurs fixées au coccyx. Il n'en est plus de même de la région sacrée. Plusieurs observations démontrent qu'il peut s'y rencontrer des spina bifida. Nous en avons déjà cité trois exemples; on en trouvera quelques autres dans le mémoire de Braune.

Mais il faut se garder de confondre avec des spina bifida un certain nombre d'observations improprement désignées sous ce nom, et dans lesquelles il n'existe aucun écartement, aucune division anormale du sacrum. Il s'agit alors d'une hernie des enveloppes de la moelle ou de la moelle elle-même à travers l'hiatus normal qui termine inférieurement le canal sacré. Braune cite un cas ce genre: il trouva chez un enfant à terme une tumeur volumineuse fixée à l'extrémité inférieure du sacrum par un pédicule fort et fibreux. La dure-mère sortant par l'hiatus du canal sacré faisait hernie dans le centre de la tumeur; la moelle y pénétrait également. La masse principale de la tumeur était composée d'un tissu fibreux, au milieu duquel se trouvaient disséminés de petits

(1) *Loc. cit.*, p. 26 et 36.

(2) *Monatschrift für Geburtshk.*, Bd IX, p. 239.

(3) *Bullet. de thérapeutique*, juin 1856, p. 501.

kystes qui renfermaient un liquide grumeleux. Elle contenait en outre beaucoup de graisse, de petites cellules cylindriques et des noyaux libres. L'enveloppe directe de la tumeur était formée par un feutrage de fibres connectives entrelacées, et tapissée à son intérieur d'une couche épithéliale assez mince.

En résumé donc, on peut observer à la région sacro-coccygienne un certain nombre de tumeurs congénitales communiquant directement avec le canal rachidien. Qu'il s'agisse d'hydrorachis avec spina bifida ou de hernies simples des enveloppes de la moelle à travers l'hiatus du canal sacré, ces cas sont extrêmement rares, car je n'ai pu en trouver que six ou sept, parmi toutes les observations rapportées par Braune.

Ces tumeurs sont situées à la partie postérieure du sacrum, dont l'extrémité inférieure se perd, pour ainsi dire, dans la masse morbide. Le coccyx paraît souvent arrêté dans son développement; il est réduit à de très-petites dimensions, ou même on n'en trouve plus de traces. Ces tumeurs peuvent acquérir le volume d'un fœtus à terme et, dans ce cas, elles envahissent la région périnéale et refoulent en avant l'anus et les organes génitaux.

Leur structure est variable; elles sont généralement décrites sous le nom de cysto-sarcomes. Il est rare, en effet, qu'elles soient uniquement formées par une poche renfermant un liquide. Le plus souvent elles sont constituées par un mélange de parties liquides et de parties solides, et ressemblent beaucoup, à ce point de vue, à d'autres tumeurs dont il sera question plus loin. Braune (1) a donné la description d'une tumeur communiquant avec le canal rachidien qu'il désigne sous le nom de tumeur papillaire. Quoiqu'il me paraisse bien difficile de se prononcer sur la nature de cette lésion, je pense qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une affection propre aux méninges et consistant dans la production de papilles ou de villosités à la surface interne de la dure-mère. Ces productions existaient, en effet, dans la masse de la tumeur, se continuaient au point de jonction du kyste avec la dure-mère, et se prolongeaient jusqu'au milieu du canal sacré, en séparant les uns des autres les nerfs de la queue de cheval.

J'arrive maintenant à une classe très-nombreuse de tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, qui, différentes par leur structure des tumeurs parasitaires, ne présentent, d'autre part, aucune communication avec le canal rachidien. Très-rarement situées à la face postérieure du sacrum et du coccyx, ces tumeurs répondent le plus souvent à la face antérieure de ces os et occupent par conséquent la cavité pelvienne. Généralement elles ont une forme allongée, et leur volume varie depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à celui de la tête d'un fœtus à terme, et même davantage. Quelques-unes dépassent à peine le sillon

(1) *Loc. cit.*, p. 43.

fessier; d'autres descendent jusqu'aux jarrets et même jusqu'aux talons. On dirait que les enfants sont assis sur leur tumeur (fig. 72).

Dans les cas les plus fréquents où celle-ci occupe la cavité pelvienne, le sacrum et le coccyx sont refoulés en arrière; il est même assez fré-



FIG. 72. — Tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne.

quent de voir le coccyx luxé sous un angle plus ou moins aigu. La tumeur se fixe ordinairement au coccyx par un pédicule fibreux plus ou moins résistant.

Limitées en haut et en arrière par le bord inférieur des muscles fessiers, les tumeurs que nous étudions ne dépassent jamais ce bord latéralement, alors même qu'elles acquièrent un développement considérable. En avant, elles envahissent la région périnéale et refoulent l'anus et les organes génitaux externes

au-dessous de la symphyse pubienne. Du côté du bassin les limites sont moins constantes: tantôt la tumeur est arrêtée dans son développement par le releveur de l'anus; tantôt, écartant les fibres de ce muscle, elle remonte dans la cavité du bassin et se trouve située entre le sacrum et le rectum, qui occupe sa face antérieure. Dans certains cas, elle envahit la totalité du petit et du grand bassin, en refoulant en haut et en avant la vessie et le canal de l'urèthre qui sont plus ou moins comprimés; quelquefois même la tumeur, franchissant les limites supérieures du bassin, se développe dans la cavité abdominale et peut acquérir un volume énorme. Martin (1) a observé un cas dans lequel la production morbide remontait jusqu'à l'ombilic.

Mais c'est surtout au point de vue de leur structure que ces tumeurs présentent des variétés nombreuses et intéressantes. Malheureusement la plupart des observations ne sont pas assez explicites à cet égard, et les descriptions sont quelquefois tellement vagues ou tellement incomplètes, qu'il devient fort difficile, sinon même impossible, de déterminer la nature de ces tumeurs et de leur assigner une place à côté des tumeurs connues jusqu'à présent.

Cependant, on peut, relativement à leur structure, ranger tous les faits observés dans l'une des classes suivantes: 1° Les *kystes*; 2° les *sarcomes* et les *cystosarcomes* auxquels je joindrai les *fibromes* et les *cystofibromes*; 3° les *lipomes*; 4° les *tumeurs caudales*; 5° certaines *tumeurs de nature très-complexe*.

1° Les *kystes* ou *cystomes*, que quelques auteurs désignent encore sous le nom d'*hygromas sacrés*, acquièrent souvent un volume considérable.

(1) *Monatschrift für Geburtsh.,* nov. 1863.

Ils sont presque toujours pédiculés et fixés à la pointe du coccyx, ou plus rarement à l'hiatus du canal sacré hermétiquement fermé. La peau qui les recouvre est mince, transparente, sillonnée de veines nombreuses et dilatées. Au-dessous de la peau, on trouve une membrane fibreuse assez résistante, puis une membrane épithéliale mince et transparente.

Rarement le kyste est simple; le plus souvent il est multiloculaire, et les loges qui le composent ne communiquent pas les unes avec les autres. Leur contenu consiste soit en un liquide jaunâtre, poisseux, gélatiniforme, soit en une sérosité citrine. Saxtorph (1) prétend y avoir rencontré des hydatides. L'analyse chimique montre ce liquide composé d'albumine et de chlorure de sodium; on y a trouvé aussi des traces de phosphate et de sulfate de chaux. Point de sucre, ni d'urée. Glæser (2) a rapporté deux observations de kystes congénitaux de la région sacrée remplis de caillots sanguins, et Coulon (3) a décrit un fait semblable, dans lequel la cavité de la tumeur renfermait un grand nombre de cellules épithéliales et de globules sanguins, ce qui lui donnait l'aspect d'une hématocele.

2° Les *sarcomes* et les *cystosarcomes* forment une classe assez nombreuse parmi les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Leur structure histologique est malheureusement très-mal connue, et la plupart des auteurs se bornent à décrire leurs caractères visibles à l'œil nu.

Les sarcomes et les cystosarcomes présentent les mêmes variétés de forme et de volume que les tumeurs enkystées; comme ces dernières, ils siègent le plus ordinairement entre le sacrum et le coccyx qui sont repoussés en arrière, et l'anus qui est refoulé en avant.

La peau qui recouvre la tumeur est normale, quelquefois amincie, dans quelques cas elle semble s'être rompue dans les manœuvres de l'accouchement. On trouve au-dessous de cette première enveloppe une couche celluleuse, puis une membrane fibreuse plus ou moins épaisse, à l'aide de laquelle la tumeur est fixée au sacrum ou au coccyx.

Dans les quatre ou cinq observations désignées sous le nom de sarcomes, l'analyse microscopique paraît avoir été négligée, et les auteurs se bornent à dire que les tumeurs étaient solides, *sarcomateuses*.

Quant aux cystosarcomes, ils offrent la plus grande analogie avec ceux qui se développent dans les autres régions du corps et notamment dans l'ovaire. Ils sont constitués par la réunion, en proportions variables, de parties solides et de kystes plus ou moins volumineux, remplis d'un liquide séreux, parfois sanguinolent. En général, les kystes sont petits et nombreux, ne communiquent pas les uns avec les autres; leurs parois sont assez minces et tapissées d'un épithélium pavimenteux. La masse de

(1) Meckel, *Anat. pathol.*, t. I, p. 371.

(2) *Virchow's Archiv*, t. XII, p. 187.

(3) *Gaz. hebdom.*, 1861, t. VIII, p. 36.