

la tumeur est composée de petites cellules rondes, plus ou moins régulièrement disposées et disséminées au milieu d'un stroma de tissu fibreux et de tissu connectif très-riche en vaisseaux. Ceux-ci proviennent de l'artère sacrée moyenne qui, souvent augmentée de volume, pénètre et se termine dans la tumeur. Il n'est pas rare de voir s'y rendre quelques branches des artères fessière et ischiatique. Les derniers filets du grand sympathique se perdent parfois dans la tumeur; le ganglion coccygien lui est souvent accolé et lui fournit quelques rameaux.

Je crois devoir ranger dans la classe des sarcomes et des cystosarcomes quelques rares observations dans lesquelles il est question de *fibromes* et de *cystofibromes*, la description histologique de ces tumeurs étant trop incomplète pour entraîner la création d'une classe spéciale de tumeurs.

3° Les *lipomes* sont très-rares dans la région sacro-coccygienne. Molk n'a pu en réunir que cinq observations. Comme ceux des autres régions, ils sont composés d'un feutrage de tissu connectif excessivement riche en tissu adipeux. Ils sont appendus à l'extrémité du coccyx, ou placés en avant de cet os. Ils peuvent acquérir un volume considérable, et Faber rapporte un cas dans lequel la tumeur, plus grosse que la tête, s'étendait jusqu'aux mollets; elle envahissait aussi le petit bassin qui en était presque complètement rempli.

4° Les *tumeurs caudales* ont été un peu plus fréquemment observées, quoique généralement mal décrites. Elles sont de deux espèces : les unes de nature osseuse, et formées par des vertèbres coccygiennes supplémentaires; les autres molles et plus volumineuses et qui sont probablement constituées par de la graisse. Fixés à la pointe du coccyx, ces appendices, de forme cylindrique, représentent parfaitement une queue dont la longueur peut atteindre jusqu'à un pied.

5° Enfin, on trouve décrites dans les auteurs, sous des noms divers, un certain nombre de tumeurs dont la structure est tellement complexe, qu'il est à peu près impossible de se prononcer sur leur nature et même de leur imposer une désignation quelconque.

Ces tumeurs sont constituées par un mélange de parties solides et de parties liquides et renferment à la fois tous les éléments des variétés précédentes. Au milieu d'une trame de tissu connectif, on trouve des masses plus ou moins considérables de tissu adipeux, fibreux, cartilagineux; des amas de substance stéatomateuse et calcaire; dans quelques cas, on signale la présence de fragments osseux irréguliers et de fibres musculaires lisses ou striées; enfin, quelques auteurs ont décrit dans l'intérieur de ces tumeurs des masses carcinomateuses, mais sans donner sur ce point des détails suffisants.

Outre ces parties solides, on observe encore dans la composition de ces tumeurs des kystes à contenu variable, le plus souvent petits et multiples, quelquefois plus volumineux et semblant surajoutés à la masse morbide.

C'est ici le lieu d'indiquer certaines variétés de tumeurs complexes qui se distinguent de toutes les autres par la présence d'éléments glandulaires, et que quelques auteurs considèrent comme ayant leur origine dans une dégénérescence de la glande coccygienne. Je me bornerai pour le moment à faire remarquer que la texture de ces tumeurs est essentiellement complexe, et qu'elles diffèrent seulement des précédentes par la présence en certains points d'un tissu vésiculaire, à petites cavités, comme on en rencontre dans la glande coccygienne. Dans quelques portions de la tumeur la trame est constituée par du tissu fibreux et du tissu conjonctif où sont disséminées des cellules fusiformes, riches en noyaux, et, dans certains cas, d'autres cellules ayant, dit-on, la plus grande analogie avec celles de la rétine.

PATHOGÉNIE. — Une opinion qui a eu longtemps cours dans la science et qui est encore défendue par quelques auteurs, consiste à regarder ces diverses tumeurs comme ayant leur origine première dans une ancienne hernie de la moelle et des méninges, soit à travers un spina bifida, soit à travers l'hiatus du canal sacré.

Or, on a vu plus haut, d'une part, que le spina bifida affectant bien rarement le sacrum, n'existe pas au coccyx, et, d'autre part, que la hernie de la moelle ou de ses enveloppes à travers l'hiatus du canal sacré n'a été observée que dans un très-petit nombre de cas. Il est donc parfaitement logique de conclure du peu de fréquence de ces lésions primitives à la rareté d'une semblable origine pour les tumeurs qui nous occupent. On peut encore invoquer contre cette manière de voir le siège habituel de ces tumeurs qui occupent presque toujours la face antérieure du sacrum et du coccyx. Car, à moins d'admettre, avec Kühn (1), l'hypothèse d'un spina bifida antérieur, produit par l'écartement du corps des vertèbres sacrées, hypothèse qu'aucun fait ne justifie, les tumeurs reconnaissant pour origine une hernie de la moelle et des méninges devraient siéger à la face postérieure du sacrum. Pour celles-ci seulement qui constituent l'infime minorité, on peut donc supposer qu'elles reconnaissent quelquefois pour cause un spina bifida du sacrum, qui s'est peu à peu refermé de manière à interrompre toute communication entre le canal rachidien et la tumeur. Celle-ci, d'abord réduite à l'état de kyste, aura pu se transformer ensuite par l'épaississement et la dégénérescence de ses parois en cystosarcome, cystofibrome, etc. On trouvera dans le mémoire de Braune quelques rares observations de kystes sacrés ayant manifestement une semblable origine.

Nous pensons également, avec Molk, que certaines tumeurs siégeant à l'extrémité inférieure du sacrum ont pu avoir pour point de départ une hernie de la dure-mère ou de la moelle à travers l'hiatus du canal sacré. Dans ces cas, le coccyx a dû être arrêté dans son développement, et en effet les auteurs mentionnent dans quelques observations une sorte de

(1) Société impériale de chirurgie, 7 août 1867.

bouchon cartilagineux ou fibreux terminant la pointe du sacrum, qui paraît avoir oblitéré consécutivement l'ouverture du canal sacré, et qui n'est peut-être que le rudiment de la première pièce du coccyx.

Quant aux faits dans lesquels cet os est complètement développé et occupe le centre de la tumeur, ils diffèrent complètement des précédents, et leur origine correspondant à une période assez avancée de la vie fœtale, doit être recherchée ailleurs que dans la moelle et les méninges.

Luschka ayant découvert la glande coccygienne émit, le premier, cette hypothèse que la plupart des tumeurs sacro-périnéales indépendantes du canal rachidien doivent être rapportées à des dégénérescences de cette glande, et Perrin (1) chercha à faire prévaloir cette opinion en se basant sur le siège à peu près constant de ces tumeurs, sur leur développement rapide et sur leur structure histologique.

Il est nécessaire, avant d'examiner cette question, de rappeler en quelques mots l'anatomie de la glande coccygienne. Placée au devant de la quatrième pièce du coccyx, dans une espèce de gouttière médiane comprise entre les deux insertions tendineuses du releveur de l'anus, la glande coccygienne n'a le plus souvent que la grosseur d'un grain de chènevis et est constituée, soit par un corps unique de forme arrondie, soit par l'agglomération de plusieurs granulations. Relativement à sa structure, la glande coccygienne est formée : 1° d'une trame de tissu connectif compacte, dépourvu d'éléments élastiques, riche en noyaux ; 2° d'un tissu glandulaire, composé d'utricules dont les parois sont formées d'un tissu connectif riche en noyaux oblongs, inattaquables par l'acide acétique. Creusé de cavités multiples, ce tissu se présente tantôt sous l'aspect de tubes irréguliers, tantôt avec une conformation comparable à celle des biscuits. On y rencontre çà et là des fibres musculaires lisses. Le contenu de ce tissu glanduleux est formé d'une masse de cellules rondes ou polygonales pourvues d'un noyau. Un vaisseau presque capillaire, provenant de l'artère sacrée moyenne, pénètre le tissu glandulaire. Des filets nerveux assez nombreux, fournis par le ganglion coccygien, ou par les cordons terminaux du grand sympathique, forment de petits réseaux microscopiques, pénétrant la trame et étant çà et là en rapport avec une cellule ganglionnaire.

D'après la description qui précède, on conçoit aisément que certains auteurs, frappés du siège et des rapports de la plupart des tumeurs coccygiennes, aient pensé à en rapporter l'origine à des dégénérescences de la glande de Luschka. Braune admet sans contestation cette étiologie ; Molk se montre, au contraire, beaucoup plus réservé. Il fait remarquer avec juste raison que pour déclarer qu'une tumeur coccygienne provient de la dégénérescence de la glande de Luschka, il est indispensable

(1) De la glande coccygienne et des tumeurs dont elle peut être le siège, thèse de Strasbourg, 1860.

de retrouver dans sa composition les éléments mêmes de cette glande, ou de constater l'absence de celle-ci. Or, les observations sont généralement trop incomplètes pour qu'il soit permis d'en tirer aucune conclusion rigoureuse. On trouvera dans le mémoire de Braune trois faits qui pourraient peut-être se rattacher à des dégénérescences de la glande coccygienne, et dans lesquels la présence des éléments glandulaires paraît avoir été très-nettement constatée. Cependant il est facile de voir par la lecture de ces observations qu'il s'agissait de tumeurs très-complexes renfermant des éléments qui n'entrent pas dans la composition normale de la glande de Luschka, en sorte qu'on ne saurait décider si ces tumeurs ont pris naissance dans la glande même, ou si celle-ci n'a pas été envahie consécutivement par le développement de la masse morbide. Avant de se prononcer sur cette question d'étiologie, il faudrait donc étudier avec soin la glande coccygienne dans les différentes périodes du développement du fœtus, et chercher à saisir à leur début les hypertrophies ou les dégénérescences de cet organe.

Nous signalerons encore, sans nous y arrêter, l'opinion émise par Henri Müller (1) qui rapporte l'origine des tumeurs *gélatineuses* de la région coccygienne à la persistance de la corde dorsale au niveau du coccyx.

Enfin, pour les tumeurs caudales, osseuses ou lipomateuses, on suppose que les premières ne sont qu'une production hyperplastique du coccyx, et que les secondes ne diffèrent pas par leur origine des lipomes des autres régions. Mais c'est énoncer le fait sans l'expliquer, et il resterait encore à trouver la raison de la tendance qu'ont ces tumeurs à se développer par en bas, contrairement à celles des autres régions qui ordinairement s'étendent dans tous les sens.

D'après ce qui précède, on voit que l'étiologie des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes est encore loin d'être complètement connue. Dans l'état actuel de la science, il n'est plus permis cependant d'invoquer une origine commune pour toutes ces tumeurs, et de les considérer exclusivement soit comme des inclusions fœtales, soit comme des hernies de la moelle et des méninges, soit comme des dégénérescences de la glande de Luschka. J'espère avoir démontré que les deux premiers modes d'origine existent bien réellement. J'ajouterai que, dans mon opinion, un grand nombre de tumeurs à structure complexe, et décrites sous les noms de cystosarcomes, de cystofibromes, d'enchondromes, etc., devraient être rangées dans la classe des tumeurs parasitaires.

Quant aux autres tumeurs que l'on a considérées comme des dégénérescences de la glande de Luschka, j'ai montré que cette étiologie, quoique probable, était encore douteuse, et ne devait être définitivement acceptée qu'à la suite d'études plus complètes.

(1) Henle und Pfeiffer's Zeitschrift., III Reihe, Bd II.

Enfin, certaines tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne paraissent se développer là comme dans quelques autres parties du corps, qui sont aussi le siège de prédilection des tumeurs congénitales. Mais énoncer le fait n'est pas l'expliquer, et nous ignorons absolument en vertu de quelles lois les tumeurs congénitales se développent plus spécialement dans certaines régions.

SYMPTOMATOLOGIE. — En décrivant les caractères anatomo-pathologiques des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, j'ai indiqué les différentes variétés de forme, d'aspect, de volume, de siège, qu'elles peuvent présenter. Je me bornerai donc, pour compléter leur symptomatologie, à mentionner quelques particularités utiles à connaître.

La peau qui recouvre ces tumeurs est quelquefois rouge, amincie, transparente, fortement tendue; souvent elle présente des ulcérations plus ou moins larges, par où s'écoulent tantôt une sérosité citrine, tantôt un liquide sanguinolent, rarement du pus.

Dans les cas d'inclusions fœtales, il est assez fréquent de voir sortir à travers une ou plusieurs ouvertures des membres ou des portions d'organes.

A la palpation ces tumeurs paraissent tantôt dures, résistantes, entièrement solides; tantôt molles, rénitentes et manifestement fluctuantes. Mais, dans la majorité des cas, elles sont fluctuantes dans certains points et solides dans d'autres.

Il n'est pas rare de sentir à la partie postérieure un corps dur et pointu qui n'est autre chose que le coccyx refoulé fortement en arrière. Dans certain cas, la tumeur se laisse pédiculiser facilement; dans d'autres, sa base d'implantation est large et ses limites supérieures restent indécises.

Dans les diverses observations que j'ai parcourues on signale toujours la parfaite indolence à la pression, l'absence de convulsions, de paralysies et de contractures; dans quelques faits exceptionnels, cependant, il est dit que, par la pression sur la tumeur, 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 sa communication avec l'intérieur du canal rachidien.

Par la pression elle ne diminue pas de volume et ne présente aucun signe de réductibilité. Lorsqu'elle a envahi le grand et le petit bassin, on conçoit qu'elle puisse gêner considérablement la miction et la défécation.

Les tumeurs que nous étudions se comportent de diverses manières et présentent, au point de vue de leur marche, des variétés nombreuses. Les unes restent stationnaires et n'occasionnent que peu de gêne dans les mouvements; telles sont les tumeurs caudales; d'autres, au contraire, se développent rapidement, et par leur accroissement considérable ne

tardent pas à compromettre la vie des enfants. Quelques-uns en effet succombent dans le sein de leur mère, d'autres peu de temps après leur naissance; ils tombent alors dans le marasme et s'éteignent graduellement. On signale assez fréquemment des convulsions peu de temps avant la mort; et quelques auteurs ont trouvé, à l'autopsie, des traces de méningite spinale.

La mort peut encore survenir à la suite d'inflammations, de suppurations, d'ulcérations de ces tumeurs, exposées aux coups et souillées par l'urine et les matières fécales. Enfin, dans d'autres circonstances on a obtenu la guérison au prix d'une opération, ou bien on signale quelques rares individus parvenus à l'âge adulte.

DIAGNOSTIC. — Il serait à désirer que l'on pût établir nettement le diagnostic différentiel de ces tumeurs, puisque le même mode de traitement est loin de convenir à toutes. Mais ce diagnostic est entouré des plus grandes difficultés, ce qui s'explique par le petit nombre d'observations recueillies sur le vivant, par la manière tout à fait imparfaite dont elles sont décrites, enfin par l'analogie que présentent ces tumeurs les unes avec les autres dans leurs symptômes et dans leur marche.

Deux points surtout méritent de fixer l'attention du praticien: la nature de la tumeur et ses rapports avec l'intérieur du canal rachidien. Relativement au premier point, il est souvent fort difficile de faire le diagnostic entre l'inclusion fœtale et les autres espèces de tumeurs. Dans un mémoire sur les inclusions sacro-périnéales, C. Paul (1) s'exprime ainsi sur ce sujet: « Quand, chez un fœtus venant au monde, on trouve une tumeur assez volumineuse siégeant dans la région sacro-périnéale, que cette tumeur est arrondie, que son volume est au moins celui d'un œuf de poule, que la peau est peu changée dans ses caractères, qu'elle est fluctuante dans sa partie inférieure, transparente même au besoin, et que surtout on rencontre dans son intérieur une masse solide, dure, adhérente à la base, sans mobilité, on peut affirmer presque sans crainte de se tromper qu'on a affaire à une tumeur formée par un fœtus parasitaire enkysté. Le diagnostic devient plus facile encore quand, par suite du travail d'élimination, des fragments de fœtus sont rejetés au dehors. »

Sans contester la valeur des signes diagnostiques précédents, nous pensons, avec Molk, qu'ils sont souvent beaucoup moins tranchés, et qu'ils ne pourraient même être d'aucune utilité dans les inclusions fœtales renfermant seulement des rudiments d'organes, des fragments d'os, de cartilages, etc.

Dans ces cas, le diagnostic nous paraît impossible à faire avec les cystosarcomes, d'après l'examen seul de la tumeur. Quelquefois, cependant, une ponction exploratrice donnant issue au liquide rendra la palpation plus facile et permettra de reconnaître des masses solides,

(1) Archives gén. de méd., 1862, t. XX, p. 495.

des fragments osseux, etc., que la présence du liquide aurait masqués. Mais c'est surtout la marche différente de l'affection qui fournira au praticien, dans les cas douteux, les éléments les plus certains de diagnostic.

Il est ordinaire de voir, au bout d'un certain temps, les tumeurs fœtales s'ulcérer, et une partie, quelquefois même la totalité de leur contenu faire saillie à l'extérieur. Si l'on observe parfois l'ulcération des cystosarcomes, on ne constate jamais l'issue à l'extérieur des parties solides qu'ils renferment. La tumeur peut diminuer momentanément de volume, par suite de la déplétion d'un ou de plusieurs kystes; mais l'ouverture se referme bientôt, le liquide se reproduit et la tumeur reprend son volume ou même continue à s'accroître.

Enfin, il est encore une dernière circonstance qu'il faudra prendre en considération, c'est l'âge du sujet. On verra, en effet, que les enfants porteurs d'inclusions fœtales succombent beaucoup moins souvent que ceux qui sont atteints de cystosarcomes; ces derniers meurent presque tous très-peu de temps après la naissance.

Si, comme on vient de le voir, le diagnostic est souvent difficile entre les inclusions fœtales et les autres variétés de tumeurs congénitales, on conçoit que les difficultés se multiplient encore lorsqu'il s'agit de distinguer les sarcomes, les fibromes, les cystofibromes, et ces tumeurs complexes dont nous avons parlé. On manque, en effet, complètement des éléments nécessaires pour établir ce diagnostic différentiel.

J'excepterai cependant les tumeurs caudales et les kystes. Les premières se reconnaissent facilement à leur siège, à leur forme allongée, à leur consistance, tantôt molle et analogue à celle du lipome, et tantôt plus dure par suite de la présence d'une base osseuse.

Quant aux kystes simples ou multiples, ils se présentent sous forme de tumeurs molles, fluctuantes, transparentes, appendues à la pointe du coccyx.

Il reste maintenant à examiner le second point important du diagnostic des tumeurs sacro-coccygiennes, je veux parler de leurs limites supérieures et surtout de leurs rapports avec l'intérieur du canal sacré.

Pour déterminer les limites supérieures, le toucher rectal combiné avec le palper abdominal permettra le plus souvent d'acquiescer des données suffisantes sur l'étendue, les rapports et le point d'implantation de la tumeur.

Quant aux relations qui pourraient exister entre la tumeur et l'intérieur du canal sacré, c'est principalement lorsqu'il s'agit de kystes, de cystosarcomes, lorsque le coccyx est atrophié ou manque complètement, lorsque la tumeur est fixée à la pointe du sacrum ou à la face postérieure de cet os, que la question doit être sérieusement agitée. Il faudra donc porter toute son attention sur le point d'implantation de la tumeur, afin de rechercher s'il existe un écartement des vertèbres

sacrées; il faudra également voir si par la compression la tumeur diminue de volume, si dans cette manœuvre l'enfant éprouve de la douleur, de la contracture, de la paralysie, enfin si les fontanelles se gonflent.

Nous terminerons ce que nous avons à dire du diagnostic en signalant deux erreurs graves qu'un examen plus complet eût sans doute permis d'éviter. C'est, d'une part, un cas de Schreger, cité par Lotzbeck, où une hernie de la vessie fut prise pour un kyste et extirpée, et un autre cas de Meinel, cité par Braune, où un kyste contenant des intestins fut ponctionné; dans les deux cas la mort s'ensuivit.

PRONOSTIC. — Le pronostic des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes soulève diverses questions intéressantes.

Relativement à l'influence de ces tumeurs sur le développement des enfants qui en sont atteints, on doit dire que ceux-ci sont généralement chétifs, mais bien conformés. Exceptionnellement on en a observé qui étaient affectés de pieds bots, de contractures des membres, de paralysies. Ils naissent souvent avant terme, et fréquemment aussi la mort précède l'accouchement: sur 81 cas, Molk a trouvé 29 mort-nés, dont 40 non à terme.

Pendant l'accouchement, ces tumeurs peuvent devenir une véritable cause de dystocie. Cependant la fréquence de ces cas n'est pas aussi grande qu'on pourrait le supposer d'après le volume considérable que ces tumeurs acquièrent quelquefois. Sur 107 observations, on relate seulement 18 cas d'accouchements pénibles: 16 d'entre eux nécessitèrent les secours de l'art; 2 se terminèrent spontanément.

Si maintenant nous examinons le pronostic de ces tumeurs chez les enfants nés vivants, nous trouvons que sur soixante et dix observations qui indiquent exactement la date de la naissance et de la mort, il y a soixante et un cas de mort. Celle-ci survient généralement peu de temps après la naissance. On trouve dans les auteurs quelques rares faits d'individus parvenus à l'âge de vingt, vingt-cinq, trente-six, quarante et même cinquante-cinq ans. Mais la nature congénitale de ces tumeurs n'est pas absolument prouvée. Nous verrons plus tard que, dans un certain nombre de cas, on a pu, par une opération, conserver la vie à quelques malades.

La gravité du pronostic varie d'ailleurs suivant l'espèce de tumeur. Les cystosarcomes offrent la mortalité la plus grande. D'après Molk, sur 12 enfants porteurs de tumeurs de cette espèce, 11 succombèrent: 2 d'entre eux n'étaient pas à terme, 2 étaient morts avant l'accouchement; les autres ne dépassèrent pas quatre mois.

Le pronostic des inclusions fœtales et des kystes est plus favorable. L'auteur que je viens de citer nous fournit à cet égard les renseignements suivants: sur 18 cas de tumeurs enkystées, 13 morts et 5 guérisons; un seul cas de mort-né; 4 morts dans les premiers jours après l'accouchement; 5 dans les trois premiers mois; 1 à l'âge d'un an et demi. Sur 25 inclusions, 12 morts, dont 9 mort-nés, 5 non à terme.

Mais je ferai remarquer qu'on ne doit accepter qu'avec de grandes restrictions les statistiques précédentes, attendu que le diagnostic n'est pas toujours assez bien établi pour que l'on soit en droit d'affirmer qu'il s'agit d'une inclusion ou d'une autre tumeur.

Les lipomes et les appendices caudaux sont de toutes les tumeurs celles dont le pronostic est le plus favorable; ils ne paraissent exercer aucune influence fâcheuse sur la vie de l'enfant.

TRAITEMENT. — Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne? Doit-il intervenir, et, dans ce cas, à quelle opération doit-il avoir recours?

Pour quiconque veut se rappeler les différences considérables qui séparent ces tumeurs, au point de vue de leur nature, de leur siège, de leurs rapports, il est évident qu'on ne peut établir aucune règle générale relativement à leur traitement. Je pense cependant que toutes les fois que l'on aura acquis la certitude que la tumeur ne communique pas avec la cavité rachidienne ni avec un organe interne, et qu'elle ne s'étend pas assez loin du côté du bassin pour que l'on ait à craindre de ne pouvoir arriver jusqu'à ses limites supérieures, il y a tout avantage à en tenter l'ablation, si toutefois il n'existe pas de contre-indication particulière dépendant de l'état de santé de l'enfant.

D'ailleurs, les résultats obtenus parlent tout à fait en faveur de l'intervention chirurgicale: sur 12 extirpations de tumeurs fœtales, on compte 11 succès et 1 mort, et encore, dans ce dernier cas, il y avait complication d'un spina bifida.

De même pour les autres tumeurs congénitales (kystes, cystosarcomes, sarcomes, etc.), sur 20 extirpations, on ne compte que trois morts et 2 terminaisons douteuses. Voici, du reste, comment sont répartis ces différents cas: 4 tumeurs communiquant avec le canal spinal, 2 guérisons et 2 morts; 6 cas de lipomes ou de tumeurs caudales, 6 guérisons; 10 cas de tumeurs enkystées, 1 mort, 2 résultats douteux.

D'autres opérations ont été également tentées contre les tumeurs congénitales sacro-coccygiennes; telles sont la ponction, l'incision, la ligature: les résultats ont été déplorables. Ainsi, la ponction et l'incision simple ont été suivies de mort dans 9 cas de tumeurs coccygiennes ou sacrées traitées par cette méthode. Dans un autre cas de tumeur sacrée traitée par la ponction suivie de l'injection iodée, la guérison a été obtenue.

La ligature, employée 5 fois, a donné 3 morts et 2 guérisons.

L'extirpation de la tumeur étant reconnue la meilleure méthode à laquelle le chirurgien puisse recourir, je devrais peut-être donner la description du manuel opératoire. Mais celui-ci varie nécessairement suivant une foule de circonstances qu'il serait trop long d'énumérer ici. Je me bornerai donc à quelques indications générales.

Une incision simple, longitudinale, ou une incision elliptique comprenant un lambeau de peau plus ou moins considérable, ayant mis la

tumeur à nu, on procède à sa dissection de bas en haut en se rapprochant peu à peu de son point d'implantation. Si l'on craint une hémorrhagie, par suite de la dilatation de l'artère sacrée moyenne qui pénètre souvent dans le pédicule, on lie celui-ci avant d'en faire la section, ou bien on le coupe avec l'écraseur.

Lorsque la tumeur s'enfoncé profondément dans la cavité du bassin, on doit redoubler de précautions à mesure que la dissection devient plus profonde afin d'éviter la lésion des organes pelviens. Le doigt introduit dans le rectum peut alors servir de guide sûr pour garantir l'intestin. Dans un cas rapporté par Holmes (1), le docteur Seuffleben disséquant une de ces tumeurs ouvrit le péritoine, de sorte qu'une portion d'intestin grêle sortit à l'extérieur. Malgré cet accident la guérison fut obtenue.

Mais nous pensons que si la tumeur remonte aussi profondément, il vaut mieux se borner à une extirpation incomplète, qui pourra faire encore courir à l'opéré quelques chances de guérison, plutôt que de l'exposer aux accidents graves qui pourraient résulter de l'ouverture de la cavité péritonéale.

CHAPITRE XX

MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM

Les maladies de l'anus et du rectum ont été, de tout temps, l'objet d'une étude attentive de la part des chirurgiens, mais depuis le commencement de ce siècle, et principalement depuis une trentaine d'années, la littérature médicale s'est enrichie de nombreux travaux sur ce sujet. Outre les diverses monographies que nous aurons à citer dans le cours de ce chapitre, nous indiquerons tout de suite les traités didactiques qui ont paru en France et surtout à l'étranger.

H. MAYO, *Observ. on injuries and Diseases of the rectum*, Londres, 1833. — J. SYME, *On the Diseases of the rectum*, London, 1837. — QUAIN, *Diseases of the rectum*, London, 1854. — CURLING, *Diseases of the rectum*, London, 1865. — H. SMITH, *The surgery of the rectum*, London, 1871. — W. ALLINGHAM, *Maladies du rectum*, trad. française, Paris, 1877. — DANIEL MOLLIÈRE, *Traité des maladies du rectum*, Paris, 1877.

EXPLORATION DE L'ANUS ET DU RECTUM. — Quand il s'agit simplement de constater l'existence de lésions superficielles de la région anale, il suffit le plus souvent de faire placer le malade incliné en avant, les deux mains appuyées sur une chaise; écartant alors les fesses avec les deux mains, le chirurgien peut apprécier la forme de l'orifice anal et les diffé-

(1) *Loc. cit.*, p. 18.