

d'altérations pathologiques semblables dans les corps vertébraux correspondants. Assez souvent on constate des signes de paralysie comme dans la spondylite simple. Il est certain toutefois qu'en se basant sur ces observations, on s'est souvent laissé entraîner à des erreurs de diagnostic consistant à expliquer par des gommés ou des exostoses syphilitiques, des paralysies survenant chez des individus non atteints de cyphose, mais ayant présenté antérieurement des accidents de syphilis.

Le traitement des lésions syphilitiques de la colonne vertébrale consiste à faire garder au malade le repos dans la position horizontale, pendant toute la durée de l'affection, ou à lui appliquer un corset de feutre; en même temps on prescrira la médication antisiphilitique. C'est l'iodure de potassium qui est aussi dans ces cas, particulièrement efficace.

§ 66. — Nous avons encore à mentionner l'**arthrite déformante** parmi les affections dont la colonne vertébrale peut être le siège. Les anciens médecins (WENZEL, CH. BELL, etc.) connaissaient déjà les bourrelets osseux recouvrant les bords des corps vertébraux, et les ankyloses auxquelles donnent lieu souvent ces productions morbides, mais ce n'est qu'à une époque récente que cette affection a été bien étudiée, et que l'on a reconnu qu'il s'agissait d'une arthrite déformante (GURLT, FUHRER, LUSCHKA, V. THADEN, VOLK-MANN, etc.). On l'observe rarement chez les individus jeunes, et elle intéresse de beaucoup le plus souvent les corps vertébraux. Tout d'abord se produit une transformation fibrillaire avec atrophie consécutive des disques intervertébraux; en même temps se forment, le plus souvent latéralement, au point d'union du corps de la vertèbre avec le disque fibro-cartilagineux, des bourrelets osseux plus ou moins considérables, tandis que la substance spongieuse du corps vertébral lui-même s'atrophie, et que ce dernier subit en conséquence un aplatissement. Les mêmes processus se montrent dans le domaine des articulations latérales; c'est surtout au niveau des articulations des premières vertèbres cervicales que l'on voit souvent le tissu osseux proliférer en masses considérables, au point de les priver tout à fait de leurs mouvements, et de rétrécir en même temps les trous de conjugaison. Plus tard se produisent volontiers des synostoses osseuses complètes des corps vertébraux et des articulations diarthrodiales; parfois ce processus envahit d'une façon très diffuse le squelette de la colonne vertébrale, les bourrelets osseux marginaux s'étant soudés entre eux. Cette synostose totale des corps vertébraux peut devenir extrêmement gênante lorsqu'elle se complique d'une ankylose de la hanche dans l'extension, survenue pendant que le malade était obligé de garder le lit à cause des douleurs dont s'accompagnait l'affection vertébrale. Le corps tout entier ressemble alors à une tige rigide recourbée en avant.

Nous avons déjà mentionné l'arthrite déformante, en tant qu'elle crée une prédisposition aux fractures en diminuant la flexibilité de la colonne vertébrale (V. THADEN). Mais, abstraction faite de cet inconvénient, elle entraîne une série de symptômes des plus pénibles. Comme l'arthrite déformante en général, elle se développe presque toujours d'une façon chronique. Les malades se plaignent, au début, de douleurs variables, qui le plus souvent sont attribuées au rhumatisme; bientôt les mouvements de la colonne vertébrale deviennent limités, ce qui se manifeste d'une façon très gênante, particulièrement dans le domaine de la colonne cervicale. Lorsque l'affection est localisée dans les pre-

mières vertèbres cervicales, on observe déjà de bonne heure une diminution d'amplitude des mouvements de flexion et de rotation de la tête. Dans les mouvements de la colonne cervicale on entend assez souvent des bruits particuliers dus au frottement réciproque des surfaces articulaires usées et dépouillées de leur cartilage. Plus tard le malade éprouve, surtout dans le domaine des nerfs provenant des vertèbres cervicales malades, des douleurs excentriques diverses dues à la pression exercée par les bourrelets osseux sur les troncs nerveux à leur passage par les trous de conjugaison. C'est à cette cause qu'il faut attribuer certaines névralgies brachiales, lesquelles, suivant LEYDEN, peuvent s'accompagner de phénomènes de paralysie et d'irritation vasomotrice (sympathique cervical), qui se manifestent surtout au niveau de la main. Une atrophie musculaire à marche lentement progressive peut être due également, semble-t-il, à cette névrite, dont le point de départ est la compression des nerfs par le tissu osseux de nouvelle formation (LEYDEN). L'arthrite déformante des premières vertèbres cervicales favorise le développement de névralgies cervicales et occipitales. Enfin mentionnons les signes de l'ankylose, qui se manifestent particulièrement dans le domaine des deux premières vertèbres cervicales, par une diminution d'amplitude des mouvements de la tête.

L'arthrite déformante ne peut pas être toujours constatée par le toucher, vu qu'elle intéresse le plus souvent les corps vertébraux. Ce n'est que dans la région du bassin que ces derniers sont parfois accessibles à nos moyens d'exploration; peut-être est-il aussi possible de poser, par la voie bucco-pharyngée, le diagnostic de cette affection lorsqu'elle occupe les vertèbres cervicales supérieures. On réussit bien plus rarement, surtout dans la région du cou, à reconnaître par la palpation la tuméfaction formée en dehors des corps vertébraux par les articulations latérales malades.

L'arthrite déformante du rachis ne subit généralement pas de régression spontanée, mais entraîne, au contraire, l'ankylose des vertèbres malades. Le traitement ne diffère pas de celui de l'arthrite déformante en général. Les bains chauds, particulièrement les bains d'eaux indifférentes (Wildbad, Gastein, etc.) se sont acquis une certaine renommée. L'iodure de potassium est aussi à essayer. L'exercice des articulations malades ne doit pas être négligé au début de la maladie.

IV. TUMEURS DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET DU SACRUM. COCCYGODYNIE.

§ 67. — Pour le chirurgien, les **néoplasmes** de la colonne vertébrale ont, avant tout, un intérêt de diagnostic. La majorité de ces néoplasmes sont des tumeurs métastatiques qui, le plus souvent, sont multiples et siègent dans l'un ou dans l'autre corps de vertèbre et parfois dans un grand nombre de ces os. On observe surtout des **carcinomes** à l'état de métastases chez les individus affectés de cancers du sein, plus rarement à la suite de carcinomes du testicule, de l'utérus ou de l'estomac. Abstraction faite de ces formes de néoplasmes, on observe également des sarcomes myéloïdes indépendants, des myxomes et d'autres tumeurs dans les corps de vertèbres. Ces dernières peuvent se développer aussi chez des individus jeunes.

Le diagnostic se base sur des symptômes analogues à ceux que nous avons décrits dans la spondylarthroscace. Souvent les phénomènes de déplacement, par ramollissement des corps vertébraux, seraient précédés d'une douleur très vive, lancinante sur les côtés des vertèbres. Je n'ai pas observé ce symptôme dans plusieurs cas de carcinomes métastatiques survenus à la suite de cancers du sein. L'affaissement des corps vertébraux entraîne une cyphose avec paralysie etc. Le diagnostic ne peut être posé sûrement que dans les cas où le développement d'une tumeur dans quelque autre partie du corps a précédé l'apparition des symptômes observés.

§ 68. — A la partie postéro-inférieure du tronc, dans la région du sacrum et du coccyx, on observe des **tumeurs congénitales** qui méritent une mention particulière.

C'est à un travail de BRAUNE (1862) que nous devons de connaître plus exactement ces tumeurs. Dans une publication plus récente, DUPLAY n'a ajouté que peu de faits nouveaux aux recherches de BRAUNE, et surtout il n'a pas fait d'examen histologique exact, sur lequel on puisse se baser pour entreprendre d'établir des groupes nettement tranchés des différentes tumeurs en question. C'est pourquoi nous nous en tiendrons encore pour le moment à la classification de BRAUNE. Cet auteur considère les tumeurs congénitales sacro-coccygiennes comme étant en relation avec les monstruosité doubles qui s'observent dans cette région. Evidemment, un certain nombre de véritables tumeurs ne peuvent être comprises que si l'on admet une relation de ce genre, mais il en est d'autres qui contiennent des poils, du cartilage, des dents, etc., et qui doivent être expliquées par la persistance d'un groupe de cellules formatrices datant d'une période antérieure à la différenciation des feuillettes du blastoderme, bien plutôt que par l'hypothèse d'un second fœtus qui ne se serait pas développé.

En ce qui concerne d'abord les cas de diplogénèse, on sait que deux fœtus complètement développés peuvent se trouver réunis dans la région du sacrum, soit seulement par la peau, soit par le périoste ou même le squelette; parfois aussi, la soudure comprend le canal vertébral et la moelle épinière. On connaît même un cas où les deux jumeaux ont atteint la 20^e année. Le plus souvent il s'agit d'individus du sexe féminin, et c'est aussi chez ces derniers que les tumeurs du sacrum s'observent de beaucoup le plus fréquemment. Ces monstruosité ne sauraient être l'objet d'une intervention chirurgicale, à cause des adhérences, le plus souvent larges et profondes, qui réunissent les deux individus; par contre, on a publié un certain nombre de cas d'opérations pratiquées pour des formations fœtales doubles avec développement incomplet de l'un des fœtus. C'est ainsi qu'on a enlevé avec succès une extrémité inférieure implantée dans la région du sacrum. Le procédé le plus sûr dans ces cas consiste à pratiquer l'amputation (PITHA), et à ne pas chercher à détacher le membre au niveau de son insertion proprement dite, qui assez souvent, en effet, se trouve située à une grande profondeur dans le bassin.

Nous avons donc affaire, dans ces cas, au développement complet ou incomplet d'un **second fœtus**. Par contre, les parties d'organes que l'on rencontre dans les **productions pathologiques ayant véritablement l'aspect**

de tumeurs, ne ressemblent plus du tout à celles d'un fœtus régulièrement développé. A voir le contenu de ces tumeurs on dirait que les cellules formatrices de tous les organes ont été jetées pêle-mêle, et comme au hasard, pour former un mélange bizarre. La tumeur siège le plus ordinairement sur le sacrum; elle est adhérente à cet os ainsi qu'au coccyx, et souvent elle fait saillie dans le bassin et la cavité abdominale; tantôt elle contient des parties incomplètement développées des extrémités ou du tronc, tantôt on y rencontre des cheveux, des dents, des fragments osseux, parfois aussi des portions plus ou moins grandes de l'intestin, qui peuvent même être remplies de méconium, etc. Ces parties fœtales sont soudées à la surface du sacrum ou à d'autres organes du voisinage (parasites sous-cutanés devenus libres). Parfois la tumeur est combinée avec des kystes et des cystosarcomes, assez souvent on observe en même temps un spina bifida.

Une autre série de tumeurs congénitales du sacrum n'offrent aucune relation avec la diplogénèse. Il s'agit, en effet, de **néoplasmes** qui diffèrent entre eux à la fois au point de leur pathogénie et de leur constitution anatomique. BRAUNE distingue :

1. Des tumeurs proprement dites du coccyx (tumeurs coccygiennes).
2. Des hygromas de la région du sacrum (tumeurs kystiques pures de LOTZBECK).
3. Des formations caudales et des appendices graisseux.

Les **tumeurs sacro-coccygiennes proprement dites** sont, en général, munies d'un pédicule qui contourne le coccyx et le sacrum, car presque toujours elles naissent de la face antérieure de ces os. Elles sont adhérentes au périoste qui forme une enveloppe à la tumeur et envoie dans l'intérieur de cette dernière des cloisons, qui divisent toute sa masse en cavités kystiques et en espaces occupés par le tissu du néoplasme. Lorsque le canal sacré est fermé, les nerfs qui sortent par les trous intervertébraux, se répandent sur la tumeur; lorsqu'au contraire, le canal est ouvert, ce qui n'est pas tout à fait rare, la dure-mère fait hernie dans la tumeur, ou bien des masses du néoplasme envahissent la dure-mère elle-même.

Au point de vue topographique, ces tumeurs sont limitées en arrière et en haut par le bord inférieur des muscles fessiers, grâce à leur point de départ situé tout à fait bas. Cette limite n'est pas dépassée, même lorsque la peau est distendue au plus haut point par la tumeur. Du côté du bassin le muscle releveur de l'anus impose à son développement une limite qui toutefois n'est pas aussi absolue. Dans les cas où le néoplasme a été soumis à un examen histologique exact, il s'agissait de fibromes ou de sarcomes avec des kystes; assez souvent aussi, la tumeur était parsemée d'éléments glandulaires.

Dans plusieurs cas observés par nous, la tumeur fixée à l'extrémité coccygienne du tronc, chez des individus du sexe féminin, semblait être reliée par un pédicule à la région de l'ovaire. Ainsi j'ai opéré, chez une fille de 20 ans, une tumeur qui avait à peu près le volume de la tête, et au sujet de laquelle j'avais posé le diagnostic clinique de cystosarcome. Un canal tapissé d'une muqueuse pénétrait à côté du coccyx dans l'intérieur du bassin, et une sonde exploratrice introduite dans ce conduit arrivait dans la région de l'ovaire. Il s'en écoulait, après guérison de la plaie opératoire, des quantités modérées de muco-pus. La tumeur elle-même consistait en kystes grands et petits, lesquels évidemment s'étaient développés aux dépens d'un tissu glandulaire qui ressemblait au