

tissu adénomateux des kystomes de l'ovaire. La paroi interne de l'un des kystes présentait des poils fins et courts. Depuis que la jeune fille avait atteint son complet développement, la tumeur n'avait plus augmenté de volume.

Quant à la **pathogénie de ces tumeurs**, on a admis qu'elles pouvaient avoir pour point de départ :

1. La partie inférieure du sac méningé à une époque où il ne se trouve pas encore renfermé dans le canal vertébral.
2. L'extrémité inférieure osseuse et cartilagineuse de la colonne vertébrale.
3. La glande coccygienne de LUSCHKA.

Une forme de tumeur à siège moins constant, l'**hygroma**, a été observée aussi quelquefois chez l'adulte. Elle peut, il est vrai, être fixée sur le coccyx par un pédicule, mais, plus souvent, elle s'insère largement sur le coccyx ou sur un point plus élevé. Tantôt il s'agit de **kystes monoloculaires** possédant une enveloppe fibreuse et une couche épithéliale, tantôt on a affaire à des **kystes multiloculaires**, qui parfois communiquent entre eux d'une façon analogue aux hygromas du cou. Une partie de ces tumeurs doivent être probablement considérées comme des sacs d'hydrorachis qui se sont séparés du canal vertébral. Les kystes multiloculaires avec communication des cavités entre elles, ne sont peut-être que des lymphangiomes semblables à ceux du cou, et nombre de formes, particulièrement celles des adultes, ne sont autre que des hygromas de la bourse séreuse du sacrum (LUSCHKA). La glande coccygienne peut être également le point de départ de kystes. A la clinique de Göttingue a été extirpée une tumeur kystoïde qui, très probablement, n'était autre qu'un lymphangiome kystique.

Enfin le coccyx peut présenter une longueur anormale et former un véritable appendice caudal. Plus rarement on observe dans cette région des **lipomes pédiculés**.

Nous avons déjà fait remarquer que le sexe féminin est beaucoup plus souvent affecté que le sexe masculin de tumeurs de la région sacro-coccygienne. Abstraction faite des hygromas et des formations caudales, ces tumeurs entraînent assez souvent la mort de l'enfant par l'obstacle qu'elles apportent à la parturition; d'autre part, les enfants nés vivants ne tardent pas à succomber.

Nous ne pouvons insister ici sur le diagnostic spécial des différentes formes de tumeurs que nous venons de passer en revue. Le diagnostic différentiel entre les tumeurs parasitaires sous-cutanées et les tumeurs sacro-coccygiennes proprement dites, a surtout de l'importance au point de vue pratique, en ce sens que l'opération des premières offre de bien meilleures chances de guérison que l'extirpation des néoplasmes vrais. Il importe également, dans chaque cas particulier, de s'assurer s'il existe ou non une relation de continuité de la tumeur avec le canal vertébral, et il en est surtout ainsi dans les cas où il s'agit d'opérer un hygroma qui, par lui-même, est relativement inoffensif. Dans le diagnostic on devra songer également à la possibilité d'une hernie concomitante. L'exploration rectale fournit souvent des renseignements importants.

Nous avons déjà fait remarquer que dans les cas de diplogénèse, avec développement complet des deux individus, on ne peut songer à les séparer par le bistouri que lorsque l'un des deux succombe de bonne heure. Par contre, l'am-

putation d'un membre inférieur surnuméraire, de même que l'extirpation de tumeurs parasitaires, ont été pratiquées un grand nombre de fois avec de bons résultats. Dans cette dernière forme de parasitisme on fera bien également de ne pas enlever la partie de la tumeur qui pénètre par trop profondément dans le bassin. Quant à l'extirpation des véritables tumeurs coccygiennes, elle ne doit pas être rejetée aussi complètement que le voulait BRAUNE. On a publié, en effet, un certain nombre de cas dans lesquels l'opération a été tentée avec succès. DUPLAY, sur 20 opérations de kystes, de cystosarcomes et de sarcomes, a trouvé 3 cas de mort et 2 terminaisons douteuses. Les kystes ont été aussi, le plus souvent, extirpés. Cependant on a à se demander si l'on ne devrait pas tout au moins essayer dans ces cas la ponction suivie d'injection iodée. Pour les tumeurs pédiculées, c'est à l'écraseur ou à la galvanocautique que l'on s'adressera de préférence. Grâce à la méthode antiseptique, que j'ai employée, du reste, dans les cas mentionnés plus haut, le pronostic de ces opérations s'est amélioré d'une façon extraordinaire.

§ 69. — Sous le nom de **coccygodynie**, SYMPSON a décrit une forme particulière de névralgie de la région du coccyx. La douleur se manifeste au moment où le malade s'assied ou se lève de son siège, par conséquent, à l'occasion des mouvements dans lesquels le coccyx se trouve comprimé directement, ou est tirillé par la contraction des muscles qui s'y insèrent.

Cette forme de névralgie n'a été observée jusqu'ici que dans le sexe féminin. Les causes en sont encore obscures. Souvent, comme le fait remarquer SCANZONI, l'acte de la parturition joue un rôle étiologique; il s'agit peut-être parfois de légers déplacements, ou bien de processus inflammatoires, ou encore de changements de forme qui doivent être attribués à des luxations et fractures de l'os. Les ankyloses du coccyx ne sont pas rares, en effet (HYRTL, LUSCHKA). Souvent aussi l'hystérie, en relation avec diverses affections des organes sexuels, augmente encore la violence des symptômes névralgiques.

D'après mon expérience, la coccygodynie est due généralement à des **déplacements du coccyx par rapport au sacrum**. Ces déplacements peuvent s'opérer dans deux directions basées sur des conditions étiologiques distinctes: d'une part, et c'est le cas le plus fréquent, la tête du fœtus, à son passage à travers le détroit inférieur du bassin, refoule en arrière le coccyx, lequel peut se déplacer complètement, au point de se trouver en rapport avec la face postérieure de la dernière vertèbre sacrée. En règle générale le coccyx ne conserve pas une direction perpendiculaire au sacrum; la pointe de l'os s'abaisse de nouveau, et le bord interne (antérieur) de sa base se met en rapport avec le bord externe (postérieur) de l'extrémité inférieure du sacrum. Dans d'autres cas, et ce sont certainement les plus rares, la déchirure du ligament sacro-coccygien et le déplacement du coccyx en avant, sont la conséquence d'une chute sur un objet saillant, par exemple une pierre pointue; en général, le déplace-



ment est incomplet, mais la réunion des deux os séparés ne s'opère qu'imparfaitement, grâce aux nombreuses causes d'irritation auxquelles le coccyx devenu très mobile est exposé, soit pendant l'évacuation de masses fécales dures, soit au moment où le malade s'assied; le coccyx se déplace alors contre l'extrémité inférieure du sacrum; souvent, en effet, dès que le malade prend la position assise, il perçoit aussitôt une sensation douloureuse de frottement, que l'on peut constater également à l'aide du doigt introduit dans l'anus. J'ai observé et guéri par des opérations l'un et l'autre de ces deux types de déplacement du coccyx. — Tout d'abord le malade accuse seulement une douleur locale, qui parfois est assez intense pour qu'il évite de s'asseoir, et qu'il ne puisse réprimer un cri au moment où il prend cette position; en outre, il retarde le plus possible les évacuations alvines à cause des douleurs dont s'accompagne cette fonction. Dans la suite, à ces symptômes s'ajoutent volontiers ceux d'une névralgie des nerfs sciatiques avec propagation de la douleur du côté de la colonne vertébrale; cette névralgie peut même entraîner une incapacité de travail. Si l'on veut arriver à un diagnostic exact, on ne doit naturellement jamais négliger le toucher rectal. BONNEFONT a publié aussi des observations de luxation produite par une chute sur la région du coccyx, mais ce n'est que pour les cas récents que nous pouvons conseiller le traitement indiqué par cet auteur, et qui consiste à opérer la réduction à l'aide du doigt recourbé en crochet, que l'on introduit dans le rectum, réduction qui, dans les premiers temps, demande à être répétée un certain nombre de fois. D'après nos propres observations, nous sommes d'avis que dans le traitement de la coccygodynie, il convient de ne pas s'attarder longtemps dans l'emploi des demi-moyens. Si les symptômes persistent après un court essai des remèdes antinévralgiques, s'il reste une douleur locale bien prononcée, on ne saurait obtenir un bon résultat ni du traitement consistant à faire asseoir le malade sur un coussin à air de forme annulaire (SCANZONI), ni de la section sous-cutanée des muscles qui s'insèrent sur le coccyx (SIMPSON): à l'aide d'un ténotome introduit sous la peau, à peu de distance de la pointe du coccyx et le long de la face postérieure de cet os, on divise d'abord des deux côtés, puis au sommet, tous les muscles et fibres tendineuses qui s'y insèrent. Il est bien plus rationnel, en effet, de pratiquer l'extirpation du petit os déplacé et douloureux (NOLT, SIMPSON).

Grâce aux précautions antiseptiques, la plaie opératoire guérit sans aucune espèce de réaction; on aura soin seulement de prescrire au malade des purgatifs pendant quelques jours avant l'opération; puis, une fois le patient opéré, on lui administrera de petites doses d'opium. On met le petit os à nu au moyen d'une incision longitudinale s'étendant à l'extrémité inférieure du sacrum et à une partie du coccyx, on sépare ce dernier des parties molles, d'abord en arrière, on le saisit le plus sûrement au moyen d'une pince tire-balles américaine, et on l'extirpe à l'aide

de ciseaux courbes en se tenant toujours tout à fait à la surface de l'os. L'hémostase faite avec soin, la suture, le drainage de la partie de l'incision correspondant à l'extrémité inférieure du sacrum, et enfin le pansement de Lister, terminent cette petite opération qui donne d'excellents résultats.