plâtre pris très-exactement sur la région. Elles peuvent être réunies par des tiges métalliques qu'on allonge ou raccourcit à l'aide de vis. Enfin, lorsque les abcès surviennent pendant le cours de la maladie, il importe de les ouvrir de bonne heure. Ce précepte est surtout utile, lorsque ces abcès viennent faire saillie du côté du pharynx et menacent de produire l'asphyxie.

ARTICLE XII.

TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION SACRO-ILIAQUE (SACRO-COXALGIE).

Les tumeurs blanches de cette articulation sont assez rares; c'est là ce qui explique le silence que gardent sur ce sujet la plupart des auteurs modernes. Il n'en est fait aucune mention dans le *Traité de pathologie externe* de Vidal (de Cassis); Sanson n'en dit rien; on ne la trouve pas non plus décrite dans l'ouvrage de Bonnet. Cependant l'histoire de cette maladie avait été exposée d'une manière assez exacte par Boyer; mais sa description aura sans doute passé inaperçue, parce qu'elle vient au milieu d'un chapitre dont le commencement est consacré à l'*écartement des os du bassin*, et la fin aux *luxations traumatiques*. Larrey en parle également dans sa *Clinique*. En 1833, MM. Laugier (1) et Hahn (2) publiaient presque simultanément un article sur cette affection. C'est en puisant à ces diverses sources, et en utilisant quelques faits que nous avons observés, que nous avons tracé la description de cette maladie.

Anatomie pathologique. — Sous le rapport de l'anatomie pathologique, cette affection ne présente aucune particularité exigeant une description. Une ostéite, une carie des surfaces articulaires, une destruction des cartilages et des ligaments, telles sont les altérations qu'on a pu constater sur les sujets qui ont succombé à cette maladie. Hahn prétend que tantôt la maladie commence par les os, tantôt par les ligaments ou les cartilages. Nous ne reproduirons pas ici les arguments que nous avons exposés touchant la doctrine de l'affection primitive ou secondaire des cartilages (voy. p. 744); nous pensons que l'articulation sacro-iliaque, chez les enfants et chez les femmes jeunes et nouvellement accouchées, doit être assimilée aux articulations diarthrodiales des membres: on sait, en effet, que dans ce cas on y trouve

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, article Bassin : *Tumeurs blanches des articulations du bassin* (t. V, p. 88).

(2) Hahn, *Allgemeine medizinische Zeitung*, octobre 1833, analysé par le docteur Chambeyron (*Archives générales de médecine*, avril 1834).

une membrane synoviale qui disparaît plus tard par les progrès de l'âge. C'est probablement une inflammation de cette membrane séreuse qui est le plus souvent le point de départ de la maladie. Lorsque celle-ci progresse, les ligaments si forts qui unissent le sacrum à l'os iliaque, et qui avaient d'abord résisté, commencent à céder, les surfaces articulaires s'écartent, l'os iliaque fait saillie en arrière, des abcès se forment et vont s'ouvrir, soit vis-à-vis de la symphyse, autour de la tubérosité sciatique, soit à la partie postérieure de la cuisse sur le trajet du nerf sciatique, ou bien encore à l'aine, après avoir suivi la gaîne du muscle iliaque.

Symptomatologie. — Hahn rapporte les symptômes de cette maladie à quatre périodes; nous n'adoptons point sa division, qui ne nous paraît pas reposer sur des phénomènes assez tranchés. Au début, le malade éprouve dans la hanche ou la région lombaire une douleur passagère qu'il prend pour un rhumatisme; cette douleur augmente le soir, et rend la marche plus difficile : il se manifeste quelquefois pendant le jour un besoin d'étendre la colonne vertébrale, mouvement qui produit un soulagement momentané (Hahn). Ces symptômes, qui se succèdent à des intervalles d'abord éloignés, deviennent de plus en plus fréquents; la claudication se prononce, la douleur s'étend à la cuisse. Dans deux cas, M. Laugier l'a vue se faire sentir principalement au genou, comme dans la coxalgie. La pression exercée transversalement sur la crête iliaque ou le grand trochanter provoque une douleur au niveau de la symphyse sacro-iliaque : aussi le malade ne peut-il plus se coucher sur le côté affecté; on trouve par le toucher une tuméfaction, une sorte d'empâtement au niveau de l'épine iliaque postérieure; la pression dans cette région est douloureuse; la fesse est aplatie, le pli qui la sépare de la cuisse plus profond; l'extrémité malade est plus grêle, plus longue que celle du côté sain, ce qui tient à l'abaissement de la totalité de l'os iliaque : aussi la distance qui sépare la crête de cet os et le grand trochanter ne varie-t-elle pas. Hahn et Boyer insistent beaucoup sur ce point, que nous aurons occasion de discuter en traitant de la coxalgie. Dans la station, le poids du corps porte toujours sur le côté sain, celui du côté malade étant placé dans une légère abduction, le genou un peu fléchi, la pointe du pied dirigée directement en avant (Hahn); selon Boyer, elle serait, au contraire, légèrement déviée en dehors. J'ai observé l'une et l'autre de ces positions. Les divers déplacements que nous venons de signaler sont plus prononcés après la marche qu'après le repos.

L'allongement du membre persiste quelquefois pendant toute la durée de la maladie; d'autres fois, à cet allongement succède un raccourcissement, nouveau point de ressemblance entre cette affection et la coxalgie; mais ce raccourcissement est, comme l'allongement, dû à

un mouvement de totalité de l'os iliaque : celui-ci se trouve alors rapproché des dernières côtes. Le membre est toujours dans l'abduction, mais il peut facilement s'étendre, et dans la marche il repose sur le sol par toute l'étendue de sa face plantaire. On parle de malades qui présentaient alternativement, soit un allongement, soit un raccourcissement du membre. Tel était, par exemple, le malade observé par Lhéritier, qui présentait un allongement de deux pouces après quelques heures d'équitation, et un raccourcissement d'un pouce et demi après une marche prolongée. Ce phénomène est attribué à un déplacement de l'os iliaque, déplacement qui s'opérerait dans l'articulation sacro-iliaque. Nous ne nions pas qu'il puisse en être ainsi; cependant nous pensons qu'il ne faut accepter ces faits qu'avec une certaine réserve. Il pourrait, en effet, se faire que l'abaissement ou l'élévation de la crête iliaque dépendît d'une inclinaison de la totalité du bassin, comme nous le verrons dans la coxalgie.

Est-il nécessaire, pour mieux faire comprendre ce qui se passe alors d'admettre, comme le fait M. Crocq, qu'à la première période, la contraction spasmodique du grand fessier et du psoas iliaque produit l'allongement, tandis que leur atrophie, qui survient pendant la seconde période, favorise l'élévation du bassin, qui cède alors à l'action prédominante des muscles carré et sacro-lombaire? Nous pensons qu'il faudrait, pour appuyer cette manière de voir, de nouvelles recherches et des faits bien démontrés.

Tous les symptômes que nous venons de signaler se prononcent de plus en plus chaque jour; la marche devient impossible, le malade est forcé de rester couché; le décubitus dorsal, la cuisse légèrement fléchie, est alors la seule position qu'il puisse conserver. Cependant les mouvements imprimés à la cuisse continuent de s'exécuter d'une manière régulière, tant que le poids du corps ne porte pas sur l'extrémité malade.

Au bout d'un temps variable, mais généralement assez long, huit, dix mois, un an, quelquefois même davantage, l'engorgement que nous avons dit exister dans le voisinage de l'épine iliaque postérieure prend plus de développement, la douleur augmente, un abcès se forme. Ce n'est pas toujours au niveau de l'articulation sacro-iliaque que celui-ci se montre; tantôt le pus descend vers la tubérosité sciatique et même dans l'épaisseur des muscles de la cuisse, en se rapprochant plus ou moins du genou; tantôt il se porte en avant, et c'est dans l'aine qu'il vient se rassembler en foyer. Quoi qu'il en soit, la peau qui le recouvre rougit, s'ulcère, se perfore, le pus s'écoule, l'ouverture reste fistuleuse, et bientôt le malade est en proie aux accidents résultant de l'infection putride ou d'une abondante suppuration, et la mort ne tarde pas à venir terminer cette scène de douleur.

Heureusement la maladie n'a pas toujours une terminaison aussi funeste; quelquefois on voit ses progrès s'arrêter à une époque peu avancée, et après la guérison il ne reste plus aucune trace de la maladie antérieure; d'autres fois le déplacement persiste, il s'établit une ankylose, et le malade conserve une claudication en rapport avec l'étendue du déplacement.

Pronostic. — On conçoit facilement, d'après ce que nous venons de dire, que toutes les fois que la maladie a atteint la période de suppuration, le pronostic est très-grave. Cependant Hahn l'a beaucoup trop assombri lorsqu'il a dit que la mort est inévitable une fois la carie survenue, car il nous a été donné, en pareilles circonstances, d'obtenir des guérisons durables. La marche des abcès peut, il est vrai, donner lieu à des complications d'une grande importance, quand le pus sort le long du muscle iliaque, du côté de l'aine ou de la cuisse, et surtout lorsqu'il s'étend jusqu'au rein ou même jusqu'au péritoine. Mais ces abcès peuvent aussi s'ouvrir non loin de la symphyse, ce qui est moins dangereux. Enfin la terminaison par ankylose est favorable, à moins toutefois qu'elle ne survienne chez des femmes dont le bassin serait assez étroit pour faire redouter des difficultés au moment de l'accouchement.

Étiologie. — Les causes qui donnent naissance à cette affection sont les mêmes que celles de toutes les tumeurs blanches : nous ne nous étendrons pas sur ce sujet; la seule cause qui paraisse exercer une influence spéciale est l'accouchement. On a vu, en effet, plusieurs fois après cette fonction une douleur se manifester dans une des symphyses et donner lieu consécutivement aux phénomènes que nous avons décrits. Certaines professions exposent-elles plus particulièrement à cette maladie? Nous ne saurions le dire. Remarquons cependant que les trois malades observés par Hahn étaient tous des tailleurs. Enfin, on a prétendu que la sacro-coxalgie affecte le plus souvent le côté droit.

Diagnostic. — La sacro-coxalgie pourrait être confondue avec la coxalgie, la luxation congénitale du fémur, une mobilité anormale de l'articulation, la sciatique, un rhumatisme, la psoïte, une contraction idiopathique des muscles, certaines inflammations chroniques du sacrum et de l'os des iles. (Voyez, pour le diagnostic, les articles *Coxalgie*, *Luxation congénitale*.) Quant à la mobilité anormale, elle existe ordinairement des deux côtés, elle n'est point douloureuse. Dans la sciatique, les douleurs présentent dès le début une extrême acuité; elles sont accrues par la pression dans la fosse trochantérienne. Le rhumatisme a des caractères assez tranchés pour qu'il suffise de le citer afin d'éviter toute méprise. La psoïte pourrait en imposer plus facilement, mais la douleur qu'elle détermine siége sur le psoas et non en arrière au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Elle n'augmente pas

par la flexion et l'abduction de la cuisse, ce qui est le contraire de la tumeur blanche. En outre la sacro-coxalgie produit des variations de longueur du membre qui n'existent pas dans la psoïte, et, lorsqu'elle donne lieu à des abcès, ceux-ci suivent une marche particulière et contiennent souvent des fragments d'os qui sortent mélangés au pus. La contracture idiopathique des muscles n'est pas constamment accompagnée de douleur. De même que le rhumatisme, elle ne se manifeste pas au niveau de l'articulation, mais plutôt dans le corps des muscles. Enfin, les inflammations chroniques du sacrum et de l'os iliaque peuvent amener des abcès dont la marche simule celle des tumeurs blanches. Le diagnostic cependant pourrait encore être fait avec assez de facilité si, dans un assez grand nombre de cas, ces inflammations n'étaient pas elles-mêmes compliquées de la tumeur blanche.

Traitement. — Il est le même que celui des tumeurs blanches des autres articulations : antiphlogistiques au début, révulsifs cutanés, immobilité; quelques malades ont obtenu un soulagement marqué et même une guérison par l'usage d'une ceinture qui comprimait latéralement le bassin, et qui, par conséquent, bornait les mouvements anormaux de l'articulation malade. C'est donc là un moyen qu'il ne faudrait pas négliger. Quant aux abcès par congestion et à l'affection osseuse qui les produit, ils seront traités par la méthode ordinaire. Enfin, si l'immobilité trop prolongée paraissait défavorable, on pourrait entourer le bassin et la racine des deux cuisses à l'aide d'un appareil inamovible et faire marcher le malade sur deux béquilles, en ayant soin de suspendre le membre qui correspond au côté affecté.

La *tumeur blanche de l'articulation pubienne* peut être rapprochée de la précédente; cette maladie est excessivement rare, les auteurs se bornent à la mentionner sans la décrire : une douleur, une tuméfaction locale, une mobilité anormale, la claudication, sont des symptômes qui la caractérisent; son traitement est le même que celui de la précédente.

ARTICLE XIII.

TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION ILIO-FÉMORALE (FÉMORO-COXALGIE).

Les tumeurs blanches de l'articulation ilio-fémorale comprennent plusieurs affections, offrant les mêmes symptômes à une certaine période de leur développement, mais distinctes à leur début par les altérations anatomiques qui les caractérisent; elles sont désignées dans la science sous les noms de *luxation spontanée*, *luxation consécutive*, *luxation symptomatique du fémur*, *coxalgie*, *coxarthrocace*, *fémoro-coxalgie*.

Parmi ces dénominations, qui sont toutes plus ou moins attaquables, nous préférons celle de *fémoro-coxalgie*, qui précise le siége de la maladie, sans rien préjuger sur sa nature et ses phénomènes d'ailleurs assez variables; nous verrons en effet que la luxation est loin de se produire dans tous les cas, comme semblent l'indiquer plusieurs des noms que nous venons de citer.

Cette maladie n'était point inconnue aux anciens. Hippocrate, Galien, Oribase, Cælius Aurelianus, Aétius, Paul d'Égine, en font mention; il en est de même des Arabes, des arabistes et de leurs successeurs immédiats. Cependant il paraît que l'attention des praticiens avait été détournée de cette affection, car J. L. Petit, qui la décrivit en 1722, crut exposer des idées toutes nouvelles (1). A partir de cette époque, la fémoro-coxalgie, et surtout les doctrines de J. L. Petit devinrent l'objet de discussions vives qui contribuèrent fort peu à éclairer les points en litige. Exceptons cependant un mémoire de Sabatier (2), qui se fait remarquer par une critique judicieuse et modérée. En 1803, parurent les *Leçons* de Boyer sur les maladies des os; on y trouve sur la coxalgie un fort bon article qui a été reproduit plus ou moins exactement, depuis le commencement de ce siècle, par tous les auteurs classiques. Cependant, l'histoire de cette maladie laissait encore bien des points à étudier, bien des problèmes à résoudre : aussi a-t-elle été l'objet d'un grand nombre de publications, parmi lesquelles nous citerons l'article de Larrey (3), la description de Brodie (4), de Paletta (5), l'ouvrage de Humbert et Jacquier (6), le mémoire de Lesauvage (de Caen) (7), les lettres de Bouvier, de Malgaigne et de M. J. Guérin (8), la thèse de Vicherat (9), les mémoires de Bonnet (de Lyon) (10), la thèse de

(1) *Observations anatomiques et pathologiques sur les chutes qui causent une luxation, dont les auteurs n'ont point écrit* (dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences*, 17 février 1722).

(2) *Mémoire sur les luxations consécutives du fémur*, publié dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. V, p. 791, in-4.

(3) *Mémoires et campagnes de chirurgie militaires*, t. IV, 1817, p. 392.

(4) *Pathological Researches and surgical Observations on the joints* (London, 1818), traduit par Léon Marchant, 1819.

(5) *Exercitationes pathologicæ*. Milan, 1820.

(6) *Essais et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées et symptomatiques*. Bar-le-Duc, 1835.

(7) *Archives de médecine*, novembre 1835.

(8) *Gazette des hôpitaux*, 1838, p. 73, 83, 99, 112, 128.

(9) *Essai sur la coxalgie*, 1840, n° 357.

(10) *Mémoire sur l'influence des positions dans les maladies articulaires* (*Gazette médicale*, 1816).