

éruptives. Toutes ces affections, d'origine et de nature différentes, auxquelles on peut encore ajouter l'arthrite rhumatismale, n'ont d'autre lien commun que leur siège dans l'articulation sacro-iliaque; elles ont cependant été décrites jusqu'ici dans le même chapitre de pathologie<sup>1</sup>, sous le titre de sacro-coxalgie, comme toutes les affections de la hanche ont été de leur côté confondues sous l'étiquette générale de coxalgie; il n'est que juste néanmoins de rappeler que ni Boyer, dans les quelques pages qu'il consacre à ce sujet, ni Erichsen n'ont fait une semblable confusion. Ces deux auteurs n'ont entendu décrire que l'une des variétés précédentes; ils n'ont eu en vue qu'une arthrite d'origine scrofuleuse, à début lent et insidieux, à évolution longue, se compliquant d'abcès froids au bout de six, huit, dix ou même quinze mois, aboutissant souvent à la tuberculisation pulmonaire ou abdominale, et se terminant presque toujours par la mort. Cette affection, nous le savons aujourd'hui, est de nature tuberculeuse. Afin d'éviter toute ambiguïté dans les termes, nous la désignerons sous le nom de sacro-coxalgie tuberculeuse ou de tuberculose sacro-iliaque, nous réservant d'ailleurs d'établir le diagnostic des différentes arthrites sacro-iliaques.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On trouve à l'autopsie une émaciation générale du corps et une atrophie des masses musculaires comme dans la coxotuberculose. Le plus souvent les poumons présentent des lésions tuberculeuses, tantôt à l'état de granulations ou de petites masses caséuses, tantôt avec des cavernes plus ou moins éten-

1. Delens, *De la sacro-coxalgie*, thèse d'agrégation, 1872.

dues; les plèvres sont partiellement adhérentes. D'autres fois on rencontre des granulations péritonéales, des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, ou bien encore quelque manifestation tuberculeuse externe, abcès froid récent ou ancien, affection tuberculeuse d'un os ou d'une articulation des membres. Dans quelques cas cependant, la tuberculose sacro-iliaque est isolée.

Les membres inférieurs sont infiltrés surtout du côté malade; l'œdème prend même parfois les proportions d'une véritable *phlegmatia alba dolens*. Un ou plusieurs orifices fistuleux se voient au niveau ou à quelque distance de l'articulation malade: en arrière, sur les côtés du sacrum, à la partie inférieure des lombes, sur la fesse, au-dessous du bord inférieur du muscle grand fessier; en avant, dans le triangle de Scarpa; en dedans, au niveau du petit trochanter; au périnée, sur les côtés de l'orifice anal ou plus en dehors vers la tubérosité de l'ischion. La région sacro-iliaque est plus ou moins déformée par le gonflement; la peau qui entoure les orifices précédents est altérée, rouge, amincie, ulcérée, soulevée par les fongosités. Tantôt les fistules conduisent directement sur les os altérés et dans l'articulation, tantôt elles affectent une direction irrégulière, se dilatant en clapiers remplis de fongosités et de pus sanieux.

La cavité articulaire, en communication avec les trajets précédents ou avec les abcès froids non ouverts à l'extérieur, agrandie par le décollement du périoste sur les parties voisines de l'os iliaque et du sacrum, forme ainsi un vaste foyer contenant du pus, de la matière tuberculeuse, des fongosités végétales, et quelquefois un ou plusieurs séquestres libres ou adhérents.

La paroi de ce foyer comprend deux portions distinctes: d'une part les surfaces des os altérés, d'autre part la membrane tuberculeuse, dont les prolongements forment les abcès froids et les trajets fistuleux. Les lésions des os étant les premières en date, nous les examinerons tout d'abord.

*Altérations osseuses.* — A la période avancée que nous considérons, c'est-à-dire au moment de l'autopsie, les cartilages articulaires sont tantôt ulcérés sur une partie de leur étendue, tantôt complètement détruits; on en retrouve parfois des lambeaux décollés qui macèrent dans le liquide de suppuration. Les os sont en général déformés et profondément altérés dans leur structure. Les surfaces articulaires sont dénudées ou bien elles sont revêtues d'une couche de fongosités, irrégulières, déchiquetées, surtout en avant, du côté de la cavité pelvienne; souvent un intervalle de 2 à 3 centimètres sépare le sacrum de l'os iliaque.

En certains points et spécialement du côté du sacrum, on rencontre fréquemment une ou plusieurs excavations profondes remplies de fongosités et de matière tuberculeuse; d'autres fois on détache facilement avec les doigts un séquestre isolé par une couche de tissu fongueux. Un séquestre libre peut aussi se trouver dans la cavité articulaire. Au voisinage de la jointure le tissu osseux est raréfié et ses aréoles sont infiltrées de fongosités; il se laisse couper facilement par le couteau ou écraser par la simple pression du doigt. Les lésions s'étendent d'habitude à une certaine distance de l'articulation. La face antérieure du sacrum est souvent dépouillée de son périoste sur une grande partie de son étendue. On y trouve aussi de l'ostéite raréfiante avec des ulcérations superficielles, et une infiltration granuleuse. Quelquefois les foyers tuberculeux occupent l'épaisseur du sacrum, se présentant sous la forme de petites cavernes à contenu caséux semblables à celles qui existent dans les corps vertébraux, comme lésions initiales du mal de Pott. (V. pl. IV, p. 328.)

Les altérations de l'os iliaque sont de même nature et de même aspect. Cet os présente toute la série de lésions, depuis l'ulcération superficielle jusqu'à la perforation. Toutefois il est généralement atteint sur une moindre étendue que le sacrum. La structure exclusivement spongieuse de ce

dernier rend compte de sa prédisposition plus grande à l'infiltration tuberculeuse.

A côté de ces altérations à forme ulcéreuse, on rencontre parfois, surtout chez l'adulte, des lésions d'une autre apparence. Les surfaces articulaires, dépourvues de cartilage, ont conservé leur forme normale, et les os ont le même aspect que s'ils étaient simplement macérés; le tissu osseux mis à nu garde sa consistance, ou même est devenu plus dense qu'à l'état normal. Sous l'influence de l'irritation inflammatoire provoquée par les lésions tuberculeuses, il se produit souvent de l'os nouveau sur les bords de l'articulation. C'est ainsi que parfois les surfaces iliaque et sacrée sont soudées ensemble par du tissu osseux sur une portion de leur étendue, alors que le reste de la cavité est plein de pus et de fongosités. L'ankylose peut encore être périphérique et formée par des jetées osseuses périostiques. Mais les couches osseuses nouvelles n'ont pas le plus souvent pour résultat d'amener l'ankylose; elles se font d'une manière indépendante sur le sacrum et sur l'os iliaque. Tantôt elles consistent en une hyperostose régulière, à surface lisse, répandue en large couche à la surface de l'os ancien, et c'est alors qu'elles peuvent atteindre d'assez fortes proportions pour combler en grande partie la fosse iliaque interne ou la concavité du sacrum; tantôt il se produit des végétations osseuses irrégulières, rugueuses, creusées de cavités fongueuses: ce genre d'hyperostose ne recouvre pas une large surface.

ORIGINE ET MARCHE DES LÉSIONS. — RELATIONS DE LA TUBERCULOSE SACRO-ILIAQUE AVEC LE MAL DE POTT

La tuberculose sacro-iliaque se montre dans deux conditions différentes: 1° elle accompagne le mal de Pott lombo-sacré, dont elle n'est alors qu'une complication; 2° elle est primitive, les foyers tuberculeux ayant pris naissance sur la portion articulaire de l'os iliaque ou du sacrum.

Dans le mal de Pott lombo-sacré, les altérations ont fréquemment une marche envahissante. Que leur siège primitif soit la base ou le corps du sacrum, elles s'étendent en général au delà de ces limites; nous avons rencontré plusieurs cas dans lesquels la face antérieure du sacrum était entièrement dénudée et en contact direct avec la membrane tuberculeuse d'un abcès. On voyait en outre çà et là un certain nombre d'ulcérations osseuses superficielles recouvertes de fongosités; quelquefois ces ulcérations existent sans large décollement périostique. Enfin il se produit aussi des foyers tuberculeux profonds, des cavernes à contenu caséeux. Que ces altérations superficielles ou profondes se propagent aux apophyses transverses du sacrum, l'articulation sacro-iliaque est d'abord menacée et plus tard envahie. Ainsi donc, une ulcération tuberculeuse superficielle des parties latérales du sacrum, qu'elle soit ou non en contact avec une large collection fongueuse, peut en s'étendant gagner l'articulation sacro-iliaque. De même un foyer profond, une caverne, une zone d'infiltration, peuvent aboutir au même résultat. Telle est l'origine de l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque dans le mal de Pott lombo-sacré.

Lorsque l'affection articulaire est primitive, le siège initial des lésions n'est plus le même, mais leur mode de propagation est identique. Les foyers apparaissent sur l'aile du sacrum ou sur la partie postérieure de l'os iliaque; en se développant ils envahissent l'articulation. En un mot, l'infection tuberculeuse n'est pas primitivement articulaire. Il en est de la tuberculose sacro-iliaque comme du mal de Pott et de la coxotuberculose; c'est une affection primitivement osseuse; l'arthrite est consécutive. Il est d'observation que presque jamais les abcès tuberculeux de sources multiples, qui viennent si fréquemment se mettre en contact avec la face externe des ligaments articulaires, ne pénètrent dans la cavité de l'articulation. Lorsque les abcès sont en arrière, leur paroi tuberculogène,

étant sous-cutanée, trouve dans le tissu cellulaire des conditions de laxité et de vascularisation qui font que son développement se fait de préférence vers la surface extérieure, tandis que les ligaments, qui sont d'ailleurs très épais de ce côté, opposent une résistance à l'envahissement tuberculeux. De même, les abcès antérieurs descendant le long du psoas et se trouvant en rapport presque immédiat avec l'articulation, qui n'est protégée à ce niveau que par une mince couche de tissu fibreux, laissent néanmoins indemne. Cependant Weiss<sup>1</sup> rapporte une observation dans laquelle un abcès froid contenu dans la gaine du psoas avait une double origine dans une lésion de la dixième vertèbre dorsale et dans une arthrite sacro-iliaque. L'auteur pense que la sacro-coxalgie avait été primitive, et la lésion de la vertèbre secondaire ; mais l'interprétation inverse ne serait pas moins admissible. Peut-être même pourrait-on sans invraisemblance soutenir que les deux altérations vertébrale et sacro-iliaque étaient nées isolément, et non l'une consécutivement à l'autre.

LÉSIONS DES PARTIES MOLLES : LIGAMENTS, GANGLIONS LYMPHATIQUES, PÉRITOINE, NERFS, VAISSEAUX SANGUINS. — ABCÈS FROIDS

Les ligaments articulaires sont altérés à un degré variable, qui n'est pas toujours en rapport avec la gravité de l'affection ; les antérieurs, peu épais, disparaissent souvent avec le périoste. Le ligament interosseux qui soude en quelque sorte les deux surfaces l'une à l'autre et qui suffirait à lui seul pour maintenir la solidité de l'articulation, mérite seul une attention particulière. Le plus souvent il n'est que partiellement altéré ; aussi les deux os restent-ils d'habitude suffisamment unis pour qu'il n'y ait entre eux aucun mouvement anormal, pour que, même après la section de la symphyse pubienne et des ligaments

1. Obs. de Weiss, *in* thèse de Hattute, Paris, 1852.

sacro-iliaques antérieurs, on ne puisse encore séparer l'os iliaque du sacrum sans un effort considérable. Si, au contraire, le ligament interosseux est détruit dans sa totalité, les deux os peuvent devenir mobiles l'un sur l'autre. H. Larrey a rapporté un fait de cette nature ; en ouvrant un abcès placé en arrière de l'articulation, il constata une dénudation du sacrum et de l'os iliaque et une mobilité anormale de ces deux os l'un sur l'autre<sup>1</sup>. Mais alors même que tous les ligaments ont disparu, l'induration et la sclérose des parties molles avoisinantes suffisent encore la plupart du temps à empêcher les mouvements d'une certaine étendue. J'ai vu cependant une mobilité assez grande exister entre les surfaces articulaires, et l'os iliaque était dans ce cas à la fois plus proéminent en arrière et plus élevé ; en un mot, il y avait une luxation incomplète de l'os iliaque en arrière et en haut.

Il n'est pas rare que les lésions tuberculeuses traversent toute l'épaisseur du sacrum et atteignent le faisceau des nerfs de la queue de cheval. Cette complication amène de la pachyméningite tuberculeuse ou des abcès dans le canal sacré. (V. pl. III, p. 112.) De même les branches d'origine du plexus sacré au niveau des trous de conjugaison, et le nerf sciatique à sa sortie du bassin, sont souvent englobés dans des masses de fongosités ; il arrive encore qu'en traversant la cavité d'un abcès froid ces nerfs subissent au moins superficiellement les altérations de la névrite interstitielle.

L'état des ganglions lombaires et l'état du péritoine au niveau de la jointure malade n'ont pas assez fixé l'attention. Les ganglions sont souvent gonflés, jaunâtres, quelques-uns même contiennent de petits foyers caséux. Le péritoine est aussi quelquefois le siège d'un semis de granulations dans la région correspondant au foyer sacro-iliaque, et certains cas de péritonite tuberculeuse généralisée, qui ont été mentionnés avec la

1. H. Larrey, *in* thèse de Hattute, Paris, 1852.

sacro-coxalgie, n'avaient probablement pas une autre origine que cet envahissement par voisinage<sup>1</sup>. Ces faits sont de tout point comparables à ceux que nous avons signalés dans la coxo-tuberculose et le mal de Pott.

On n'a pas jusqu'ici, que je sache, décrit d'altérations de l'artère ni de la veine iliaques au niveau de leur passage au-devant de l'articulation malade. Cependant, à une période avancée de la maladie, il apparaît souvent de l'œdème, et quelquefois un œdème volumineux et douloureux sur le membre inférieur correspondant; ce fait indique tout au moins un trouble important de la circulation de retour.

Les prolongements du foyer tuberculeux sacro-iliaque, qui donnent naissance aux abcès froids, peuvent se produire dans toutes les directions imaginables. On peut, à l'exemple d'Erichsen, distinguer deux classes principales d'abcès tuberculeux : 1° les abcès extra-pelviens, 2° les abcès intra-pelviens; les premiers ont leur point de départ en arrière du foyer, les seconds en avant.

*Abcès extra-pelviens ou postérieurs.* — Ceux qui naissent à la partie supérieure du foyer, vers l'épine iliaque postérieure et supérieure, se développent dans l'épaisseur de la masse musculaire sacro-lombaire; ce sont les abcès lombaires. Parmi ceux qui ont leur origine plus bas, les uns se portent directement en arrière en traversant les insertions supérieures du grand fessier, et apparaissent à la face postérieure du sacrum; les autres se dirigent en dehors, dans l'intervalle des muscles fessiers : quelques-uns de ces derniers perforent le grand fessier et se montrent sous la peau de la fesse; la plupart descendent suivant le trajet du grand nerf sciatique et viennent faire saillie à la face postérieure de la cuisse, en haut au niveau du pli fessier, à sa partie moyenne, et même plus bas, dans le creux poplité. En somme, les abcès postérieurs peuvent se mon-

1. Hulke, *Transactions of the path. Soc. of London*, t. XIV, p. 208, 1863.

trer à la région lombaire, à la région sacro-iliaque, à la région fessière, à la face postérieure de la cuisse plus ou moins bas.

*Abcès intra-pelviens ou antérieurs.* — Ces abcès présentent des dispositions plus variées et plus importantes à connaître que les précédents. Suivant qu'ils naissent au-dessus ou au-dessous du détroit supérieur du bassin, ils se développent dans l'épaisseur du psoas ou dans la cavité pelvienne proprement dite. Les abcès de la gaine du psoas ont une grande ressemblance avec ceux qui naissent des côtés de la colonne lombaire dans le mal de Pott. Cependant ceux qui viennent du foyer sacro-iliaque présentent quelques particularités à noter. Ainsi, au lieu de se diriger exclusivement vers l'aîne, ils remontent quelquefois dans l'épaisseur du psoas vers la colonne lombaire, comme pour augmenter la ressemblance qui les rapproche des abcès du mal vertébral. Leur trajet dans le pli de l'aîne, leur passage sous l'arcade crurale et leur apparition dans le triangle de Scarpa, ou, plus en dedans, vers le petit trochanter, sont les mêmes que ceux des abcès tuberculeux d'origine vertébrale. Je veux seulement signaler ici un fait curieux et exceptionnel rapporté par Demons (de Bordeaux)<sup>1</sup>. Dans un cas de sacro-coxalgie, ce chirurgien a vu un abcès manifestement né du foyer sacro-iliaque et développé dans l'épaisseur du psoas descendre à la face postérieure de ce muscle jusqu'à la bourse séreuse qui sépare son tendon de la capsule coxo-fémorale. Cette bourse séreuse était elle-même envahie, et, par suite de sa communication avec la cavité articulaire de la hanche, il s'était développé une arthrite secondaire de cette jointure. Ce fait méritait d'être rappelé, comme un exemple rare de coïncidence entre une arthrite sacro-iliaque et une arthrite consécutive de la hanche. Je puis rappeler une observation identique, dans laquelle les fongosités tuberculeuses avaient envahi la

1. Demons, *Sacro-coxalgie suppurée, pénétration du pus dans l'articulation coxo-fémorale* : *Journal de méd. de Bordeaux*, 1878-1879, t. I, p. 319.

synoviale de la hanche et déterminé un abcès froid intra-articulaire sans lésion des os.

Les abcès pelviens proprement dits, d'origine sacro-iliaque, prennent leur développement les uns en dedans sur la face antérieure du sacrum, les autres en dehors au niveau de la grande échancrure sciatique. Ces derniers suivent volontiers le trajet des nerfs sciatiques; ils sortent donc du bassin et forment une collection dans l'épaisseur de la fesse ou ils descendent vers la face postérieure de la cuisse. Les collections formées au-devant du sacrum envahissent le méso-rectum, puis le tissu cellulaire qui entoure le rectum; elles peuvent rester limitées à cette région, ou bien elles traversent le plancher périnéal pour apparaître dans la fosse ischio-rectale ou faire saillie sur la partie postérieure et latérale du périnée. D'autres fois, au lieu de parcourir ce long trajet, elles s'ouvrent plus ou moins haut dans la cavité rectale.

Une femme, dont l'histoire est rapportée dans la thèse de Joyeux<sup>1</sup>, accoucha six fois à terme malgré une lésion sacro-iliaque constatée après le second accouchement; elle rendit par l'anus, à plusieurs années d'intervalle, d'abord du pus grumeleux, puis, après une dernière grossesse, deux séquestres qui paraissaient provenir du sacrum.

Les fistules ouvertes à la région anale présentent certaines particularités intéressantes, mais d'ordre clinique.

## ÉTIOLOGIE

La tuberculose sacro-iliaque est une affection peu commune, surtout si on la compare à la coxotuberculose. Celle-ci se voit

1. Joyeux, thèse de Strasbourg, 1842.

à chaque instant chez les enfants et les adolescents; celle-là se rencontre seulement de temps en temps. Dans mon service de l'hôpital Trousseau, je n'en trouve pas plus d'un ou deux cas chaque année. Du reste, cette affection paraît moins fréquente chez les enfants que chez les adolescents et les jeunes adultes. La remarque en a été faite déjà par les médecins militaires, qui ont assez souvent l'occasion de la traiter dans l'armée. C'est de dix-huit à trente ans, en effet, qu'elle est le moins rare; parfois cependant elle survient beaucoup plus tôt, chez l'enfant, ou beaucoup plus tard, chez l'adulte. Le sexe masculin lui fournit un plus large tribut que le sexe féminin, ce que les auteurs expliquent par les fatigues plus grandes que l'homme doit supporter. Cependant, en ce qui concerne la femme, on a considéré le relâchement des symphyses du bassin sous l'influence de la grossesse comme une cause prédisposante, mais bien peu de faits viennent à l'appui de cette opinion, si l'on écarte, bien entendu, toutes les arthrites non tuberculeuses.

Nous n'avons que des connaissances fort vagues sur les circonstances qui favorisent plus spécialement la localisation sacro-iliaque de la tuberculose. On peut sans doute accuser la fatigue, les marches trop longues, les stations trop prolongées: ces considérations seraient applicables spécialement aux jeunes soldats. Mais il faut surtout incriminer les causes habituelles qui prédisposent à la tuberculose, quel que soit son siège, c'est-à-dire la débilitation, la fatigue, une nourriture insuffisante, une mauvaise hygiène, l'existence antérieure d'autres manifestations de même nature: adénite tuberculeuse, abcès froids, ostéites et arthrites tuberculeuses, tout ce cortège, en un mot, qu'on attribuait autrefois à la scrofule.