

SYMPTOMES

Dans l'étude des symptômes de la tuberculose sacro-iliaque, Hahn avait distingué quatre périodes; Nélaton, qui trouve avec raison cette division artificielle, n'en admet aucune; de même, Erichsen décrit successivement et à peu près sur le même plan les symptômes suivants : douleur, gonflement, déviation du membre, troubles fonctionnels, abcès. Il me semble plus conforme à l'observation clinique de distinguer deux périodes successives : une période de début, marquée par des phénomènes rationnels et physiques peu accentués, et une période d'état, caractérisée par une évidence plus grande de tous les symptômes, et surtout par la formation des abcès.

PREMIÈRE PÉRIODE

Le début de la tuberculose sacro-iliaque, comme celui de la coxotuberculose, est lent et insidieux. Le premier phénomène pathologique qui se montre est la douleur. Le malade se plaint d'une sensation de gêne, plus souvent d'une véritable douleur qu'il rapporte à la région lombaire inférieure, à la partie postérieure de la fesse. Cette douleur est augmentée par les mouvements, par la marche, par la station; elle est plus vive le soir, et souvent disparaît complètement par le repos au lit. Primitivement elle apparaît par périodes que séparent des intervalles de calme. On la rapporte volontiers à une influence rhumatismale, si l'on ne fait qu'un examen superficiel. Plus tard elle devient continue, ou du moins les mouvements la réveillent constamment. Assez souvent la dou-

leur est encore moins caractéristique, en ce qu'elle se localise loin de la région malade, au pli de l'aîne, à la face postérieure de la cuisse, au genou, au cou-de-pied; elle éveille naturellement alors l'idée d'une affection de la hanche ou d'une névralgie sciatique. Aussi, pour arriver à une notion positive sur le siège réel de l'affection convient-il de recourir à la méthode des pressions directes.

En portant les doigts successivement sur les différentes parties de la hanche, on trouve que la pression sur la tête fémorale, dans le pli de l'aîne, sur le grand trochanter, n'est pas douloureuse, mais qu'elle le devient sur la fesse à mesure qu'on avance vers le sacrum. Quelquefois la douleur à la pression est nulle jusqu'au moment où on arrive sur la région articulaire. Ici l'exploration doit être méthodique et faite successivement sur l'os iliaque et sur le sacrum. Sur l'os iliaque, on recherchera de haut en bas les effets de la compression et on y réveillera d'habitude des points douloureux plus ou moins vivement accusés. On procédera de la même manière sur la partie latérale du sacrum. La douleur que l'on provoque de la sorte doit être rapportée tantôt à l'ostéite tuberculeuse, tantôt à l'arthrite par propagation. Son maximum a un siège variable, correspondant aux altérations les plus avancées. Il est bon de compléter cette exploration par le toucher rectal, qui éveille aussi de la douleur vers la partie postérieure et latérale du bassin.

Les mouvements qu'on imprime au membre inférieur et particulièrement à la hanche ne sont point douloureux, à la condition que le bassin soit fixé par un aide. Lorsque, au contraire, le chirurgien saisit les deux crêtes iliaques avec les mains et tente de les rapprocher ou de les écarter, le malade se plaint ordinairement de souffrir au niveau de l'articulation malade, et en effet par ce procédé on exerce sur elle des tiraillements ou de la compression.

La période douloureuse est plus ou moins longue et précède en général tout gonflement. Cependant, chez quelques malades,

on remarque, à une époque très rapprochée du début, une déformation légère de la région avec un certain gonflement apparent, dû à la contracture des muscles voisins, masse sacro-lombaire et grand fessier. Ces muscles sont plus tendus et font un léger relief. Plus tardivement l'examen de la région fait découvrir un peu d'empâtement au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure, ou un peu plus bas sur l'interligne articulaire. Cet empâtement ne se propage ni vers le grand trochanter, ni vers le bord inférieur du grand fessier. A cette période, la fesse est aplatie, les reliefs musculaires sont moindres que du côté opposé, et lorsque le grand fessier se contracte, il ne prend pas une consistance aussi ferme qu'à l'état normal; en un mot, l'atrophie musculaire apparaît ici comme un signe précoce, selon la règle des ostéo-arthrites tuberculeuses.

La claudication est aussi un signe du début, car elle apparaît en même temps que la douleur spontanée. La marche est un peu hésitante et manque d'assurance d'abord; puis le sujet s'incline légèrement en avant; la jambe du côté sain exécute le pas plus rapidement, afin que celle du côté malade ait à supporter moins longtemps le poids du corps. Un peu plus tard, la marche n'est possible qu'à l'aide d'un bâton; puis elle devient de plus en plus pénible. Debout et au repos, le patient se tient dans une attitude hanchée sur le côté sain; le membre malade, en légère abduction, se fléchit au niveau de la hanche et au niveau du genou; la hanche de ce côté est abaissée. Le décubitus sur le côté malade étant douloureux, le sujet se tient couché sur le dos ou de préférence sur le côté sain.

L'examen du membre du côté affecté dans le décubitus dorsal révèle tout d'abord une attitude assez comparable à celle de la coxotuberculose; ce membre paraît plus long, la malléole descend au-dessous de celle du côté opposé; il est en abduction. Mais, par une analyse plus serrée, on constate vite qu'il n'y a ni flexion de la cuisse ni ensellure correspondante. La mensuration de l'épine iliaque aux malléoles, pratiquée selon les règles

connues, donne le même résultat des deux côtés. L'allongement apparent du membre tient uniquement à une inclinaison du bassin et à un abaissement de l'os iliaque malade. Plusieurs auteurs ont invoqué, pour expliquer le changement de longueur du membre, un déplacement de l'os iliaque sur le sacrum dans l'articulation sacro-iliaque. Lhéritier¹ rapporte même qu'un malade présentait de l'allongement après deux heures d'équitation, et au contraire du raccourcissement après un certain temps de marche. Ce fait est pour le moins extraordinaire, à supposer qu'il ait été exactement observé. L'allongement serait dû, d'après Érichsen², au gonflement de l'articulation malade, qui pousse en avant et en bas la partie antérieure et supérieure de l'os iliaque. Sayre³ n'est pas moins affirmatif; d'après lui, l'allongement est réel; il est dû au glissement de l'os iliaque en bas. Je commence par dire qu'aucun fait anatomique ne vient directement à l'appui de ces théories. Car si, dans quelques autopsies (Larrey) où les lésions étaient très étendues, on a observé un changement de rapports et une certaine mobilité entre les surfaces articulaires, dans le plus grand nombre des cas, presque toujours, les deux os restent assez intimement adhérents, à l'aide d'une portion du ligament interosseux restée intacte, pour qu'aucun glissement ni aucun basculement ne soient possibles. Or l'abaissement du membre n'est pas un symptôme exclusivement propre à la période terminale, ni aux cas particulièrement graves; on l'observe de bonne heure, alors que l'on ne peut supposer une destruction étendue des ligaments, particulièrement du ligament interosseux, qui, la ceinture du bassin étant complète, ne permet aucune espèce de mouvement isolé de l'os iliaque. Cet os ne peut changer de position, s'abaisser ou

1. Lhéritier, *Journal de Fourcroy*, t. IV, p. 439, 1821; cité par Boyer, *Mal. chir.*, 4^e édit., t. IV, p. 412.

2. Erichsen, *loco cit.*

3. Sayre, *loco cit.*

s'élever, que par des mouvements d'ensemble du bassin. Si donc le membre du côté malade paraît plus long, si l'épine iliaque est abaissée, c'est uniquement parce que le bassin s'est incliné du côté malade en tournant autour de son axe antéro-postérieur.

DEUXIÈME PÉRIODE

Les phénomènes précédents, douleur, gonflement, troubles fonctionnels, déviation du membre, procèdent avec lenteur ; ils présentent des alternatives de recrudescence, provoquées surtout par la marche, et d'amélioration, produites par le repos ; mais l'affection, à part sa ténacité et ses retours persistants, conserve encore les caractères de bénignité apparente ; la santé générale du malade ne paraît pas atteinte. La situation ne tarde pas à s'aggraver par suite des complications qui viennent s'ajouter. Les abcès, qui constituent la plus commune de ces complications, surviennent tardivement, en général après une période de début de plusieurs mois. Ils sont plus ou moins évidents selon leur siège. Lorsqu'ils doivent se former en arrière, la région présente un empatement et un gonflement qui n'étaient pas apparents jusqu'alors. Les fongosités envahissent les parties profondes, soulevant les ligaments et les muscles ; la tuméfaction se dessine de plus en plus, présentant plus tard une fluctuation manifeste. La collection peut occuper la région articulaire proprement dite ; mais il arrive souvent aussi que, rencontrant des résistances dans sa marche d'avant en arrière, elle se montre assez loin de là, sans qu'on puisse toujours trouver en clinique la continuité existant avec le foyer ostéo-articulaire. Et comme l'abcès se développe sans bruit, sans réaction fébrile, sans douleur, il en résulte qu'on le découvre inopinément ; si on n'est pas fixé à l'avance sur le diagnostic, on peut éprouver un assez grand embarras pour reconnaître l'origine de l'abcès, c'est-à-dire l'affection articulaire elle-même.

Les abcès antérieurs, de la fosse iliaque et du petit bassin, sont beaucoup plus obscurs encore. Ils ne sont révélés que par une circonstance fortuite qui appelle l'attention de ce côté. Ce sera le toucher rectal, l'exploration de la fosse iliaque interne, qui les feront découvrir. Parfois la tumeur, se montrant au périnée, dans la fesse, à la face postérieure de la cuisse, dans le triangle de Scarpa, produira une véritable surprise. Toutes ces variétés dépendent de la marche et du siège très différents des abcès. Mais ce qui dans l'espèce tient une place importante, c'est l'examen de l'articulation sacro-iliaque. On devra toujours penser à l'explorer avec soin par la méthode directe.

Au surplus, dans les diverses circonstances au milieu desquelles apparaissent les abcès, on observe, surtout chez les malades qui marchent, des poussées douloureuses, une gêne plus grande de la marche, et quelquefois une réaction fébrile assez forte. J'ai vu des sujets éprouver pendant plusieurs jours des douleurs très vives avec de la fièvre ; ils ne pouvaient se coucher sur le côté malade. Au point de vue de la formation des collections, ces poussées ne sont certainement qu'une coïncidence, puisque les abcès tuberculeux évoluent sourdement ; mais elles indiquent un travail d'ostéo-arthritis plus aigu, véritablement inflammatoire, qui coïncide avec la formation des séquestres, avec des destructions articulaires nouvelles, etc., etc.

La marche et la terminaison de ces abcès présentent peu de particularités empruntées à la région. S'ils se développent à l'extérieur, ils deviennent de plus en plus superficiels, soulèvent la peau, l'amincissent, et enfin s'ouvrent spontanément. A la suite de cette communication avec l'air extérieur, il survient des phénomènes septicémiques plus ou moins graves, selon l'étendue du foyer, pouvant même menacer la vie du malade ; plus tard la cavité se rétrécit et se réduit à une fistule qui persiste indéfiniment, jusqu'à la guérison du foyer d'origine. Cette terminaison n'est nullement fatale : on sait que les abcès froids,

même volumineux, peuvent se résorber, surtout chez les enfants et chez les jeunes gens, lorsque la santé générale s'est maintenue bonne. Les abcès du petit bassin percent quelquefois le rectum; plus souvent ils descendent jusqu'au périnée, pour faire saillie sur les côtés de l'anus. Après leur ouverture dans cette dernière région, il persiste une fistule anale dont il importe de savoir reconnaître la nature spécifique et l'origine sacro-coxalgique. Plusieurs abcès peuvent se former en même temps ou successivement.

Il est fréquent de voir survenir sur un malade déjà porteur d'une fistule une nouvelle collection, dans le voisinage ou sur un point éloigné; c'est ainsi qu'après un abcès froid de la fesse ou des lombes peut naître un abcès de la fosse iliaque, un abcès péri-rectal, etc. Lorsqu'il y a plusieurs orifices fistuleux dans la même région, ils peuvent aussi se rattacher à un seul trajet, dont la paroi tuberculeuse a poussé des prolongements en diverses directions.

Après l'étude de la manifestation tuberculeuse locale, il reste à examiner si l'organisme n'a pas subi d'autres atteintes. L'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque peut, en effet, se présenter dans deux conditions différentes à cet égard. Elle est primitive et reste fort longtemps isolée; si dans ce cas la santé générale s'altère, c'est lorsque l'affection est parvenue à la période de suppuration et que le malade est exposé aux complications septicémiques. D'autres fois le danger vient de la multiplicité des lésions tuberculeuses: l'affection locale est devenue le point de départ d'un foyer secondaire, et même d'une généralisation. Les malades succombent alors à la phthisie pulmonaire, à une péritonite tuberculeuse, à une tuberculose intestinale: il est fort difficile dans un cas donné de déterminer d'avance si l'infection tuberculeuse suivra cette marche aggravante ou si elle se limitera.

MARCHE, TERMINAISON

La tuberculose sacro-iliaque est toujours une affection fort longue. Erichsen lui assigne, d'après les cas qui lui sont personnels, une durée de quatorze, vingt, vingt-sept, vingt-huit mois; la maladie ne dure jamais moins d'un an, et souvent elle se prolonge plusieurs années. J'ai vu des sujets guérir après trois ou quatre ans. Si la mort survient, ce n'est pas avant une durée de quinze mois, à moins de complication étrangère.

Le pronostic doit être considéré comme grave, surtout si l'affection se complique d'abcès. On doit aussi considérer comme une circonstance défavorable l'âge avancé des malades et l'existence de désordres viscéraux. Chez l'adulte, après quarante ans, le mal n'a aucune tendance à s'améliorer, parce que, le plus souvent, à cet âge il existe déjà, ou il survient promptement une complication viscérale funeste. La grossesse et l'accouchement impriment aussi à l'affection une évolution plus rapide vers une issue fatale. Cependant Joyeux rapporte qu'une malade, dont il a été déjà question précédemment, éprouva les premiers signes d'une sacro-coxalgie lente, chronique, à la suite d'un deuxième accouchement. Trois nouvelles couches en trois ans n'amènèrent que des accidents sans gravité dans la région sacro-iliaque, quoiqu'un abcès se fût déjà ouvert dans le rectum. La marche des accidents ne devint menaçante qu'à la suite d'un cinquième accouchement; la malade rendit de nouveau du pus grumeleux par l'anus, et plus tard deux séquestres s'éliminèrent par la même voie; elle finit par succomber. Il n'en est pas moins remarquable que cette femme, malgré l'existence d'une sacro-coxalgie suppurée, ait pu accoucher quatre fois sans difficulté particulière, et sans autre complication qu'une recrudescence des douleurs au niveau de l'articulation.

La plupart des auteurs s'accordent pour insister spécialement sur la gravité du pronostic. Boyer, Erichsen, Shaw, sont unanimes sur ce point; Sayre¹ fait exception: il rapporte une série de dix-huit faits sur lesquels dix-sept ont guéri; il faut supposer que le chirurgien américain a rencontré des cas particulièrement bénins, ou plutôt que les arthrites sacro-iliaques comprises dans sa statistique n'étaient pas toutes de nature tuberculeuse. Cependant j'ai vu, de mon côté, quelques enfants guérir, tantôt à la phase de début, tantôt avec complication d'abcès. Le siège postérieur des abcès tuberculeux est plus favorable à la guérison spontanée ou déterminée par une intervention chirurgicale, qui dans l'espèce est plus aisée, plus complète, et par suite plus efficace.

Lorsque la guérison est obtenue, ce n'est qu'au prix d'une ankylose de la jointure; et s'il s'agit d'un jeune sujet, le bassin, cessant de se développer dans la région de l'ankylose, se déforme et tend à prendre le caractère oblique ovalaire.

Parfois la maladie semble guérir dans le cours de la première période; tous les symptômes se calmant ou disparaissant, on croit le mal terminé. Malheureusement, ce résultat n'est pas le plus souvent définitif et il survient une rechute. Boyer avait déjà signalé les guérisons incomplètes ou seulement apparentes et les réveils suivis d'une évolution plus rapide. On peut même voir des malades passer quatre ou cinq ans sans aucune manifestation pathologique, puis se présenter de nouveau avec une poussée d'ostéite ou un abcès froid; la tuberculose osseuse a fréquemment des retours de ce genre.

1. Lewis A. Sayre, *Leçons de clinique chirurgicale*, faites à l'hôpital Bellevue.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose sacro-iliaque est obscur, surtout à la première période, où l'on est exposé à méconnaître fréquemment l'affection; il prête encore à confusion à une phase plus avancée, lorsqu'il y a complication d'abcès.

Au début, la maladie sacro-iliaque affecte une ressemblance plus ou moins trompeuse avec les lésions tuberculeuses du sacrum et de l'os iliaque siégeant dans le voisinage de l'articulation, avec la coxotuberculose, avec le mal de Pott, avec différentes névralgies, avec la coxalgie nerveuse, avec le lumbago.

Une lésion tuberculeuse du sacrum ou de la crête iliaque dans le voisinage de la symphyse sacro-iliaque, cette articulation restant indemne, s'accuse par une douleur locale, par un empatement limité, qui plus tard donnera lieu à une collection fluctuante, comme l'arthrite tuberculeuse. Ce n'est donc que par l'exploration méthodique de la région qu'on arrivera à éliminer la jointure. Au surplus, les troubles fonctionnels de l'arthrite, boiterie, douleur augmentée par la station, déviation du membre, feront défaut. Mais il reste à craindre que l'articulation ne soit envahie consécutivement, et cela d'autant plus que le foyer osseux sera plus voisin. Lorsque l'abcès couvre la région articulaire, la difficulté du diagnostic est plus grande, parce qu'on ne peut explorer directement l'articulation; on aura recours au toucher rectal, aux pressions sur la crête iliaque dans le sens transversal, à l'étude des troubles de la marche. Plus tard, après l'ouverture de la collection, le doigt ou le stylet arriveront sur un point limité de la surface osseuse, et non dans l'articulation.

La coxotuberculose est souvent confondue avec la tubercu-