

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-

lose sacro-iliaque, faute d'une attention suffisante, il faut bien le dire. On doit, en effet, procéder à une analyse détaillée des symptômes pour éviter l'erreur et se reconnaître. Les douleurs accusées par le malade, les troubles de la station et de la marche, non seulement ne donnent pas la clef de la solution, mais ces signes ont la plus grande analogie dans les deux cas. Il n'en est pas de même des douleurs provoquées. Dans la coxotuberculose, la pression réveille la douleur au-dessous de l'arcade de Fallope, sur la tête du fémur, à la face interne de la cuisse, derrière l'extrémité supérieure du troisième adducteur, en arrière du grand trochanter et quelquefois sur cette saillie elle-même. Dans l'affection sacro-iliaque, la douleur est localisée à la partie postérieure et supérieure de la fesse, sur l'interligne sacro-iliaque; à partir de cette région, elle s'atténue à mesure qu'on s'éloigne. La douleur provoquée par la compression transversale du bassin au niveau de la crête iliaque est propre à la tuberculose sacro-iliaque. Le toucher rectal peut lui-même servir à distinguer les points douloureux internes : celui de la coxotuberculose sur la face interne de l'os iliaque au point correspondant au cotyle, celui de la tuberculose sacro-iliaque à la partie postérieure et latérale du bassin. Dans la coxotuberculose, les mouvements de la cuisse sont limités depuis l'extension et l'abduction jusqu'à la flexion avec rotation en dehors. Ce dernier mouvement est surtout atteint. Jamais les choses ne sont portées à un aussi haut degré dans la tuberculose sacro-iliaque, et le plus souvent tous les mouvements de la hanche sont libres. L'attitude du membre est différente : dans l'affection de la hanche, il y a flexion de la cuisse et ensellure, abduction et rotation en dehors; dans l'affection sacro-iliaque la cuisse est libre, le bassin est incliné latéralement et la mensuration ne donne que les résultats de l'état normal. L'emploi du chloroforme peut parfois rendre service en permettant de reconnaître l'intégrité de la hanche.

Deux affections du rachis peuvent au début ressembler

à la tuberculose sacro-iliaque : le mal de Pott lombaire et le cancer du rachis. Les signes distinctifs du mal de Pott avant la gibbosité sont les douleurs et la raideur du rachis. Le malade se plaint de souffrir sur la partie médiane des lombes ou sur les deux côtés à la fois. Par les pressions méthodiques, on constate que la région sacro-iliaque n'est pas sensible; ce sont les apophyses épineuses qui le sont plus ou moins. Lorsque le sujet se redresse pour exagérer la courbure lombaire, lorsqu'il se fléchit en avant pour la faire disparaître, on découvre une rigidité ou tout au moins un défaut de souplesse dans la colonne lombaire. Enfin on n'observe pas de boiterie unilatérale, mais plutôt de la faiblesse, de la parésie avec des pseudo-névralgies.

La situation est plus complexe lorsqu'il y a simultanément mal de Pott et tuberculose sacro-iliaque. Dans ces cas, qui ne sont pas rares, les signes des deux affections sont combinés, et on parvient assez aisément à déterminer l'étendue des désordres; il n'y aurait que fort peu d'inconvénients d'ailleurs à ne pas reconnaître la sacro-coxalgie.

Le cancer de la colonne lombaire peut simuler une affection sacro-iliaque à la période de début. Dans une observation de ce genre¹, les secousses imprimées à l'os iliaque étaient douloureuses principalement sur l'un des côtés; le malade ne pouvait ni s'asseoir ni se tenir debout; la pression était également douloureuse sur le côté du sacrum; un léger empatement œdémateux siégeait au niveau de l'interligne sacro-iliaque. Tout était réuni pour augmenter la difficulté du diagnostic. Une donnée importante en pareil cas se tire de l'âge du malade : la tuberculose sacro-iliaque est de préférence une affection du jeune âge; le cancer vertébral est rare avant trente-cinq ans.

Cependant j'ai observé un exemple d'ostéo-sarcome du sacrum

¹ A.-T. Norton, *Clinical lecture on primary cancer of the lumbar vertebrae and sacrum simulating at an early stage caries of the sacro-iliac synchondrosis*: *Lancet*, november 9th, 1878, p. 649. Le même auteur donne l'indication de deux observations semblables.

chez une petite fille de neuf ans. On avait confondu l'affection avec un abcès tuberculeux, et on se proposait de l'inciser et d'en faire le grattage, lorsque je proposai de faire une ponction exploratrice avec le trocart de Duchenne, afin d'en déterminer exactement la nature. L'examen histologique fait par Ranvier fixa le diagnostic; c'était bien un sarcome. La tumeur, qui datait de quatre mois, correspondait en partie à l'articulation sacro-iliaque et soulevait la masse sacro-lombaire gauche; elle avait le volume d'une pomme d'api. J'avais de prime abord écarté l'idée de tuberculose pour deux motifs: la tumeur n'était pas fluctuante, et il est en réalité très rare d'observer un paquet fongueux de ce volume sans qu'il soit abcédé; en second lieu, le développement de la tumeur était accompagné de douleurs très violentes revenant par accès qui duraient jusqu'à huit jours; ce caractère n'appartient pas non plus à la tuberculose. En peu de temps, d'ailleurs, le diagnostic clinique devint très évident. La tumeur ne tarda pas à prendre un volume énorme, et l'enfant succomba à une généralisation sarcomateuse.

L'évolution du cancer est plus rapide et plus uniformément progressive que celle de l'affection tuberculeuse. Le repos n'a aucun effet calmant sur le cancer. Un peu plus tard, le gonflement devenant plus accentué et les douleurs de plus en plus vives, la distinction devient facile. Le sarcome forme des bosselures douloureuses quelquefois, mais sans l'empâtement inflammatoire fréquent des abcès, sans la fluctuation caractéristique; la tumeur néoplasique s'étend dans tous les sens à la fois et ne suit pas une direction déterminée.

Les douleurs spontanées de la tuberculose sacro-iliaque ont souvent été prises au début pour des névralgies, pour une sciatique, pour une névralgie de la hanche, pour un lumbago. La sciatique est surtout une affection de l'adulte; ses points douloureux ne siègent pas au niveau même de la symphyse sacro-iliaque, mais plus bas et plus en dehors sur la fesse, dans l'intervalle ischio-trochantérien; il s'en trouve ordinairement d'au-

tres sur le trajet des nerfs du membre inférieur. Ce membre ne présente pas d'allongement apparent.

Les conditions spéciales dans lesquelles survient la névralgie de la hanche ou coxalgie proprement dite prêtent peu à la confusion. Il s'agit d'habitude de jeunes filles à tempérament nerveux. Les douleurs ont le caractère névralgique; les moindres pressions, les manœuvres les plus ménagées, provoquent une exagération tout à fait inusitée des douleurs. Mais le fait important est que la région sacro-iliaque ne présente aucun signe d'arthrite, ni empâtement, ni localisation de la douleur à la pression sur un point osseux. La santé générale est parfaite. L'erreur inverse, qui consisterait à croire à une névralgie de la hanche quand il y a effectivement sacro-coxalgie tuberculeuse, serait plus facile à commettre, en raison de la rareté de l'affection tuberculeuse dans les circonstances où se montre habituellement la maladie de Brodie; mais l'examen physique de la région fait avec méthode suffit pour lever toute incertitude.

Il n'y a pas à insister sur le diagnostic du lumbago. Ce ne serait que par défaut d'examen qu'on arriverait à commettre la confusion.

A une période avancée de l'affection sacro-iliaque, lorsqu'il existe des fistules ouvertes à l'extérieur sur l'une des régions que nous avons indiquées, l'idée peut ne pas toujours venir à l'esprit d'en chercher l'origine dans cette articulation; particulièrement lorsque l'orifice est au pli de l'aîne ou au périnée, on est porté d'abord à penser à toute autre affection, à une tuberculose vertébrale, à une lésion d'un point quelconque du bassin, à une simple fistule à l'anus, etc. Mais il suffit d'être prévenu et de diriger son attention du côté de la région sacro-iliaque pour reconnaître les signes locaux propres à la tuberculose articulaire.

Dans la distinction à faire entre les différentes arthrites sacro-iliaques, l'étude des causes, du mode de début et de la marche de la maladie fournit les éléments du diagnostic. La tubercu-

lose survient en général chez de jeunes sujets et sans cause déterminante appréciable. Il n'en est pas de même pour les autres affections sacro-iliaques; on trouvera, comme causes de l'arthrite, la blennorrhagie, l'état puerpéral, une fièvre éruptive antérieure, etc.

L'arthrite sacro-iliaque blennorrhagique, accident fort rare et qui survient dans le cours de la blennorrhagie uréthrale, a une marche aiguë ou subaiguë. D'après les quelques observations qui paraissent les plus authentiques (Rollet¹, Gosselin², Le Dentu³), elle commence par une douleur locale assez vive, qui atteint en quelques jours ou en quelques semaines une assez grande acuité pour condamner le malade au lit. Sous l'influence du repos, les symptômes se calment assez rapidement, et après quelques semaines, deux ou trois mois au plus, elle est guérie complètement et sans retour; elle n'a pas de tendance à suppurer; elle ne récidive pas.

L'arthrite sacro-iliaque de l'infection purulente puerpérale, déjà signalée au siècle dernier, décrite par Velpeau, observée de temps en temps par tous les chirurgiens, survient dans des circonstances caractéristiques; sa marche est rapide et la suppuration ne tarde pas à apparaître à l'extérieur, si la malade ne succombe pas aux accidents infectieux. Enfin il peut y avoir coïncidence entre l'arthrite tuberculeuse et la puerpéralité, ainsi que nous en avons rappelé un exemple.

Nous n'avons rien à ajouter en ce qui concerne les arthrites purulentes, rares d'ailleurs, qui se montrent après les fièvres éruptives. Leur brusque apparition, la gravité de l'état général qui les accompagne, leur marche rapide, tous ces caractères les rapprochent de l'arthrite suppurée puerpérale et les distinguent de la tuberculose.

1. Rollet, *Gazette médicale de Lyon*, 1858.

2. Gosselin, *Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 574.

3. Le Dentu, *Soc. de chirurgie*, 7 février 1877, nouvelle série, t. III, p. 414.

TRAITEMENT

Les principes généraux du traitement de la tuberculose sacro-iliaque sont les mêmes que pour la coxotuberculose et pour le mal de Pott. Le traitement local doit être institué de bonne heure, attendu que la marche et les fatigues de toutes sortes aggravent considérablement les symptômes et hâtent la terminaison funeste. La base de ce traitement est le repos au lit dans le décubitus horizontal. Erichsen recommande le décubitus sur le ventre, la *prone position*. En réalité, le malade prend dans le lit la position qui évite le mieux la douleur. Le point essentiel est que ce repos soit continu et qu'à aucun moment le malade n'y fasse d'infraction pour se tenir dans la station verticale et à plus forte raison pour marcher. Le repos doit être prolongé fort longtemps, et si les symptômes s'améliorent au point de disparaître, il ne faut pas se hâter de croire à une guérison complète et définitive. Il est essentiel de surveiller encore le sujet et de prescrire le repos aux moindres indices de rechute. Les autres moyens locaux, la révulsion par les pointes de feu, les vésicatoires, l'iode, ont peu d'action.

Si, malgré ce traitement, il se développe des abcès, ou si le traitement n'est institué qu'à la période de suppuration, le décubitus horizontal est encore de rigueur. Il convient, en plus, de traiter les abcès lorsqu'ils font saillie en arrière, aux lombes, à la fesse, à la cuisse. La méthode générale de traitement des abcès tuberculeux que nous avons déjà exposée, c'est-à-dire l'ouverture large avec extirpation de la membrane tuberculeuse et des parties osseuses malades, est la méthode de choix. De-