

lorme¹ a présenté à la Société de chirurgie un malade qu'il avait guéri d'une sacro-coxalgie par une opération radicale. Après avoir incisé largement un volumineux abcès, ce chirurgien pénétra dans l'articulation sacro-iliaque et enleva par le grattage avec la curette les fongosités et les parties osseuses malades. Lorsque tous les produits tuberculeux ont été extirpés, il reste une plaie profonde, qui, grâce au pansement antiseptique, se cicatrise sans accident et assez rapidement.

J'ai plusieurs fois aussi pénétré par une incision directe dans la cavité articulaire, pour la nettoyer des séquestres, des portions osseuses granuleuses, des masses fongueuses qui sont le point de départ des abcès dirigés vers le bassin et vers l'extérieur. Cette intervention doit être large; elle est d'autant plus utile qu'elle est plus complète. Elle n'est pas dangereuse, car on ne touche à aucun organe essentiel; mais elle doit être faite avec les précautions nécessaires pour éviter les complications septiques consécutives. Le premier effet de ce traitement rationnel est de supprimer les longs trajets suppurants qui épuisent le malade. Sans obtenir la réunion par première intention de la plaie chirurgicale, on modifie du moins le plus souvent le foyer, de telle sorte que le travail de réparation ne tarde pas à se produire, et que, la suppuration se trouvant diminuée ainsi que la septicémie lente qui l'accompagne, l'état général s'améliore assez promptement. Malheureusement le traitement ne guérit pas toujours, et dans un certain nombre de cas il persiste des fistules; l'affection se propage plus loin dans l'os iliaque, le sacrum, etc., et les sujets succombent dans la suite.

Les abcès intra-pelviens de la fosse iliaque et du petit bassin sont moins accessibles, et si parfois il convient encore de recourir à l'incision de l'abcès et à une excision partielle, sinon

1. Delorme, *Société de chirurgie*, séance du 9 février 1887.

totale, de la paroi, on ne peut le plus souvent atteindre la collection. On aura recours alors à la méthode des injections, et de préférence au procédé de Verneuil.

TUBERCULOSE DU SACRUM

DE L'ARTICULATION SACRO-COCCYGIENNE ET DU COCCYX

Nous avons déjà examiné les altérations tuberculeuses du sacrum dans le mal lombo-sacré et dans la sacro-coxalgie; il ne saurait donc en être question actuellement. Ce court chapitre n'a trait qu'à la tuberculose primitive du sacrum ou du coccyx qui entraîne quelquefois l'arthrite tuberculeuse sacro-coccygienne. Cette localisation, beaucoup moins commune que les variétés précédemment étudiées, n'est cependant pas absolument rare. Lorsqu'il existe un foyer tuberculeux sur la colonne vertébrale et sur la colonne lombaire spécialement, on rencontre parfois, à l'état d'isolement, des lésions de même nature sur les vertèbres sacrées. Ces lésions du sacrum, plus ou moins importantes selon les cas, peuvent se développer de plusieurs manières. Lorsque le foyer du mal lombaire a son centre sur la quatrième ou la cinquième vertèbre, la base du sacrum est atteinte par propagation directe; on y trouve toutes les variétés d'altérations qui affectent les corps vertébraux: dénudations, ulcérations superficielles, destructions profondes, séquestres, infiltration fongueuse et ramollissement de l'os. Si le mal de Pott siège beaucoup plus haut, il n'est pas très rare encore de découvrir, en pratiquant des coupes du sacrum, des noyaux tuberculeux, de petites cavernes remplies de matière caséuse, en un mot les mêmes altérations qu'on observe dans l'épaisseur

des corps vertébraux. Dans un troisième ordre de faits, les altérations du sacrum sont produites par un abcès migrateur émanant d'un foyer tuberculeux lombaire; cet abcès se propage sous le grand surligament, et plus bas sous le périoste du sacrum. Ce périoste est d'ailleurs quelquefois complètement transformé en membrane tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, la membrane envahissante de l'abcès repose à la surface de l'os et elle y détermine des lésions spécifiques. Généralement alors les lésions sont superficielles et disséminées, et elles offrent cet intérêt qu'elles sont le résultat d'une inoculation de la paroi. Nous avons vu plusieurs faits de ce genre dans lesquels les abcès occupent la face antérieure du sacrum et même celle du coccyx; j'en ai fait représenter un exemple, figure 28, p. 193.

Enfin, dans une dernière variété clinique, la tuberculose se montre primitivement dans le sacrum.

Les foyers tuberculeux originels peuvent se localiser sur tous les points du sacrum, sur les faces antérieure et postérieure, vers le sommet ou vers la base, sur l'un ou l'autre bord. Lorsqu'ils siègent en arrière et un peu au-dessous de la base, ils donnent lieu à la formation d'une masse fongueuse qui se révèle extérieurement par de l'empatement et un point douloureux. Ensuite un abcès se forme superficiellement et ne tarde pas à s'ouvrir. Un stylet introduit par l'orifice resté fistuleux permet de constater l'altération osseuse et de déterminer son siège exact.

Certains abcès froids développés dans l'épaisseur de la masse sacro-lombaire ont leur point de départ dans un foyer tuberculeux de l'aile du sacrum. Ce n'est le plus souvent qu'après l'ouverture de l'abcès que l'on peut démontrer l'existence de l'altération osseuse. D'autres fois un abcès issu de la même origine se développe du côté de la fosse iliaque interne dans l'épaisseur du muscle psoas-iliaque.

Les tubercules de la face antérieure de l'os donnent naissance à des abcès froids de la cavité pelvienne. Ces abcès, après

avoir pris un certain développement, peuvent s'ouvrir dans le rectum, dans la vessie, dans le vagin, ou bien sortir du bassin par la grande échancrure sciatique et se développer ensuite sous le grand fessier, à travers le plancher périnéal pour appa-

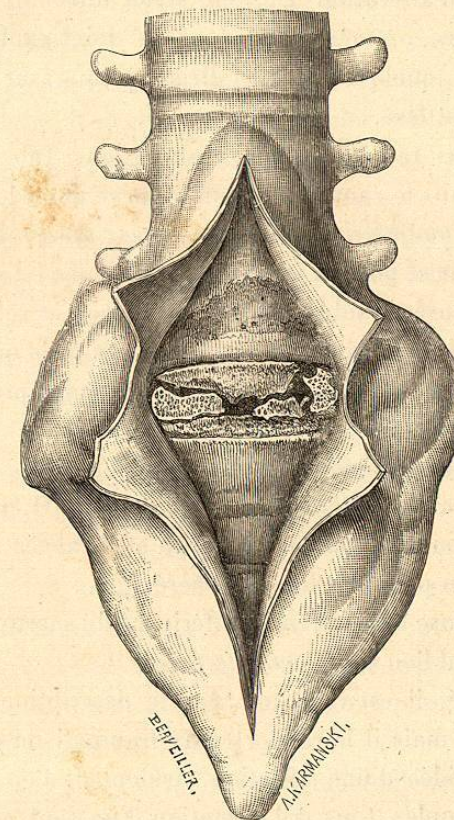


FIG. 36. — Mal de Pott lombo-sacré. Altérations sacro-coccygiennes, séquestres de la première vertèbre sacrée. (Voir obs. XLI, p. 405.)

raître à l'extérieur sur les côtés de l'orifice anal. Aucune particularité clinique ne distingue ces abcès de tous ceux qui se montrent dans la même région, si ce n'est l'origine, qu'il n'est pas toujours facile d'établir exactement par l'examen. Cependant on peut y arriver, soit directement, soit par exclusion. D'une part, les signes caractéristiques d'un mal de Pott

lombo-sacré et de la tuberculose sacro-iliaque manquent; le toucher rectal permet, d'autre part, de constater qu'il existe une collection postérieure ou seulement un empâtement au-devant du sacrum et que le reste de la ceinture pelvienne ne présente pas de trace d'altération. Un long stylet introduit par une fistule extérieure, en même temps que le doigt explore la cavité rectale; peut quelquefois être dirigé jusque sur le point du sacrum qui est lésé.

Il n'est pas rare de voir les altérations tuberculeuses se développer dans le canal sacré; on observe alors les signes cliniques de la compression des nerfs sacrés; nous renvoyons à ce qui a été dit sur ce point à propos du mal lombo-sacré. Les altérations nerveuses étant, en effet, identiques et relevant d'une pachyméningite tuberculeuse ou d'un abcès froid qui comprime ou enflamme les racines des nerfs, les malades présentent des signes de compression nerveuse ou de névrite. Pendant un temps, ces phénomènes sont localisés, et même ils n'offrent jamais une grande dissémination. La planche III, p. 112, est un exemple frappant de pachyméningite avec abcès tuberculeux occupant à peu près tout le canal sacré.

La tuberculose de l'extrémité inférieure du sacrum et celle du coccyx donnent lieu à une *arthrite fongueuse sacro-coccygienne*. Shaw a donné, il est vrai, une courte description clinique de cette arthrite, mais il la rapporte aux traumatismes directs, ce qui éloigne l'idée d'une affection virulente¹. J'en ai observé plusieurs exemples, tous, à l'exception d'un seul, consécutifs à une tuberculose sacrée dont les progrès de haut en bas ont gagné l'articulation sacro-coccygienne. D'habitude même ce sont des abcès tuberculeux antérieurs sous-périostés qui finissent par détruire l'appareil d'union du sacrum et du coccyx.

Dans un cas, l'ostéite m'a paru débiter par le coccyx lui-

1. Shaw, *Disease of the sacro-coccygial joint*, in *System of surgery of Holmes*, t. IV.

même; c'était un enfant de six ans, qui, après avoir souffert pendant plusieurs mois dans un point très limité et nettement circonscrit au coccyx lui-même, eut un abcès tuberculeux à marche lente reposant sur cet os, à un travers de doigt en arrière de l'anus. Après avoir incisé cet abcès, rempli d'un pus caséux, je procédai à la décortication de la paroi; le coccyx, presque totalement nécrosé, était en quelque sorte libre dans la cavité de l'abcès; il se détacha au premier contact. L'enfant a guéri sans fistule, ce qui permet de penser que le sacrum n'était point altéré.

En général, l'arthrite tuberculeuse sacro-coccygienne est consécutive à une lésion du sacrum. Les foyers tuberculeux atteignent cette articulation ou bien des fongosités spécifiques se propagent jusqu'à elle. De là résultent, ainsi que nous l'avons observé, des abcès tuberculeux antérieurs ou postérieurs proéminent dans le sillon interfessier. Les fistules conduisent au coccyx dénudé et livrent passage à des parcelles osseuses.

Dans un fait de Talamon¹, des altérations très étendues de la cinquième vertèbre lombaire, de tout le sacrum et du coccyx avaient entraîné la formation de collections purulentes dans l'épaisseur de la fesse, dans la fosse iliaque interne et dans la cavité du petit bassin. Trois fistules interfessières conduisaient sur le sacrum altéré et dénudé sur son cinquième inférieur et sur le coccyx également à nu.

Les symptômes de l'ostéo-arthrite tuberculeuse sacro-coccygienne sont: en premier lieu une douleur locale plus ou moins marquée, suivie d'un certain gonflement de la région. La douleur spontanée est d'habitude médiocre, souvent nulle même pendant le repos et lorsque le sujet est debout. Mais la marche la réveille parfois, et surtout la station assise, ou plutôt l'acte de s'asseoir; il en est de même de la défécation. Dans ces dernières

1. Talamon, *Concrétion sanguine ancienne dans l'oreillette droite; embolie du cœur droit; mort subite chez un homme affecté de carie du sacrum*: *Bull. de la Soc. anat.*, 1877, p. 407.

circonstances, la douleur est parfois assez pénible, mais elle cesse promptement et ne revêt pour ainsi dire jamais un caractère continu. La douleur à la pression a un caractère plus constant. Soit qu'on vienne comprimer le coccyx d'arrière en avant, soit qu'on l'examine à ce point de vue par le toucher rectal ou qu'on lui imprime quelques mouvements, on réveille une douleur qui ne fait presque jamais défaut et qui n'est jamais très vive, s'il n'existe pas de complication. La douleur, après n'avoir été qu'une simple gêne, est suivie après un temps plus ou moins long d'un gonflement. Celui-ci est postérieur ou antérieur, et quelquefois il entoure l'extrémité inférieure du rachis. La tuméfaction est limitée à la région atteinte, ou elle remonte sur le sacrum plus ou moins haut; elle offre d'abord les caractères d'un empâtement mou sans réaction inflammatoire. Plus tard les fongosités qui constituent l'empâtement se transforment en abcès froid; l'abcès peut s'étendre et s'ouvrir vers l'anus; plus souvent il occupe la région interfessière. Par les orifices fistuleux, le stylet détermine aisément le siège et l'étendue des altérations osseuses.

Le diagnostic de la tuberculose sacro-coccygienne devient évident lorsqu'il existe un abcès froid, une fistule, des fongosités; il n'en est pas de même au début où il peut présenter quelques difficultés. Les mêmes troubles durant la défécation et la marche, la gêne pour s'asseoir, la douleur à la pression se rencontrent dans la névralgie sacro-coccygienne ou coccydynie. Mais, dans cette dernière affection, il n'y a pas de gonflement local, la douleur est plus vive, plus superficielle; les sujets sont des femmes, des jeunes filles nerveuses ou hystériques; quelquefois une affection utérine est l'origine de la névralgie, en sorte que le traitement doit s'adresser à l'utérus.

Dans certains cas, à la suite d'une chute sur le siège, un gonflement douloureux peut occuper plus ou moins longtemps la région sacro-coccygienne. Cette origine nettement traumatique est souvent facile à démêler. Pourtant on doit se rappeler

que la plupart des malades attribuent à un coup, à une chute, les troubles qu'ils éprouvent, de telle sorte que le guide le plus sûr pour reconnaître l'affection tuberculeuse sera la marche lente et progressive de l'affection, son peu de réaction, et enfin l'apparition d'un abcès froid.

Le traitement local des lésions tuberculeuses du sacrum et du coccyx est facile à instituer lorsque ces lésions ont un siège superficiel. Il faut ouvrir largement les abcès, détruire leur paroi, aller à la recherche du point osseux malade, et l'extirper avec la curette tranchante ou avec la gouge. Le coccyx peut, en pareil cas, être enlevé sans inconvénient. Lorsque l'origine des abcès est profonde et ne peut être atteinte directement, on se bornera au traitement des abcès soit par la ponction et l'injection iodoformée, soit par l'ouverture et le grattage partiel avec pansements antiseptiques.