

CHAPITRE III
MALADIES DES ARTICULATIONS DU BASSIN
ARTHRITES — SACRO-COXALGIE

Les articulations du bassin, immobiles, à synoviale rudimentaire, n'offrent pas un terrain bien favorable aux inflammations, aux infections. Cependant on connaît un certain nombre de cas d'arthrites localisées à la symphyse pubienne, plus souvent à la symphyse sacro-iliaque, et imputables au traumatisme, au rhumatisme, à la blennorrhagie, surtout aux septicémies, à l'infection puerpérale notamment.

C'est en effet le plus souvent chez les accouchées que sont observées les arthrites infectieuses des symphyses du bassin, et cette localisation semble due non seulement au voisinage du foyer primitif de l'infection mais aussi aux modifications apportées par la grossesse dans la constitution de ces articulations⁽¹⁾.

Mais de toutes les arthrites du bassin la plus importante par sa fréquence, par sa gravité, par les interventions chirurgicales qu'elle peut entraîner est l'*ostéo-arthrite tuberculeuse sacro-iliaque*, la *sacro-coxalgie*.

Sous le nom de sacro-coxalgie nous ne devons comprendre en effet aujourd'hui que la tuberculose sacro-iliaque et il convient de réserver une place à part aux autres variétés d'arthrites sacro-iliaques qu'engendrent le traumatisme, le rhumatisme, la blennorrhagie, l'infection puerpérale, etc. Toutefois ces arthrites ne feront pas l'objet d'un chapitre spécial; les signes cliniques fondamentaux qui nous les révèlent ne diffèrent pas de ceux de la sacro-coxalgie; la recherche des conditions étiologiques de l'évolution de l'affection permet au contraire d'établir une différenciation qui trouvera sa place dans l'étude du diagnostic de la sacro-coxalgie.

L'histoire de la sacro-coxalgie ne remonte pas très loin. Boyer le premier l'étudie dans un chapitre consacré à l'écartement des os du bassin⁽²⁾, après l'avoir signalée à propos de la carie des os du bassin; il note son origine scrofuleuse et son analogie avec les tumeurs blanches des autres articulations. Larrey⁽³⁾, quinze ans plus tard, crée le nom de sacro-coxalgie. Tous les travaux qui suivent font faire un notable progrès à l'étude clinique de l'affection; je me contenterai de citer ici les articles de Laugier, de Cloquet et Bérard, le travail important de Hahn⁽⁴⁾, les thèses de Giraud de Nolhac, de Delineau, de Hattute, de Boissarie, de Joyeux, l'article de Nélaton dans son traité de pathologie, les

⁽¹⁾ Budin a montré que la mobilité des articulations du bassin déjà signalée par les auteurs est constante dans les derniers mois de la grossesse. Elle est très facilement appréciable par le toucher vaginal qui permet de percevoir les mouvements du pubis pendant la marche. *Progrès médical*, 1875, p. 716.

⁽²⁾ BOYER, *Traité des maladies des os du bassin*, 1814; *De la carie des os du bassin*, t. III, p. 555, et *De l'écartement des os du bassin*, t. IV, p. 159.

⁽³⁾ LARREY, *Clinique chirurgicale*, 1829, t. III, p. 550.

⁽⁴⁾ HAHN, *Sur la sacro-coxalgie*. *Allgemeine med. Zeitung*. Stuttgart, 1855.

descriptions cliniques de Velpeau, de Crocq, de Gurlt, d'Erichsen, enfin la thèse de Delens⁽¹⁾, monographie la plus étendue et la plus importante qui indique et résume tous ces travaux. Mais sous la rubrique de sacro-coxalgie Delens comprend non seulement la tumeur blanche sacro-iliaque mais encore les arthrites puerpérales signalées depuis 1824 par Velpeau, les arthrites blennorrhagiques étudiées par Rollet, Gosselin, Le Dentu, les arthrites rhumatismales. Plus tard la différenciation s'établit et Lannelongue⁽²⁾, Weller van Hook (de Chicago)⁽³⁾ réservent le nom de sacro-coxalgie à la seule tuberculose sacro-iliaque.

Depuis la première édition de cet article, je dois signaler les travaux importants de Pierre Delbet⁽⁴⁾, la thèse de son élève Naz⁽⁵⁾ qui résume complètement l'histoire de la sacro-coxalgie, l'article de Gangolphe⁽⁶⁾ dans le traité de *Chirurgie clinique et opératoire*.

Étiologie. — Affection assez rare dans l'enfance, dans l'adolescence et dans la vieillesse, la sacro-coxalgie s'observe surtout de vingt à trente-cinq ans et plus fréquemment chez l'homme, bien que Crocq⁽⁷⁾ et Barker⁽⁸⁾ aient soutenu une opinion contraire. On la rencontrerait de préférence chez les tailleurs (Hahn), les jeunes soldats d'artillerie et de cavalerie (Hattute), etc. Les lésions traumatiques de toute nature, les causes débilitantes, infectieuses ou diathésiques, y prédisposent, comme elles prédisposent aux autres arthrites tuberculeuses.

La localisation de la tuberculose à la symphyse sacro-iliaque semble devoir être rapportée à ce que : 1° d'une part, cette articulation, tout en ne jouissant pas de mouvements étendus, est une de celles qui fatiguent le plus, puisqu'elle constitue la voie de transmission du poids du tronc et des membres supérieurs à la base de sustentation, aussi bien dans la station debout que dans la station assise; 2° d'autre part, les épiphyses marginales de l'os coxal et du sacrum ne se développent activement que de quinze à vingt-cinq ans, et même au delà.

L'affection naît le plus souvent d'une manière spontanée; cependant Hook insiste sur l'importance des traumatismes comme causes occasionnelles. Depuis longtemps, Panas a écrit que : « la grossesse exerce une influence incontestable sur le développement des tumeurs blanches des articulations du bassin », c'est, en effet, la symphyse sacro-iliaque qui constitue un des sièges d'élection de l'arthrite tuberculeuse pendant la grossesse.

Anatomie pathologique. — L'affection siège indifféremment à droite et à gauche, mais elle est pour ainsi dire toujours unilatérale. Beaucoup de sacro-coxalgies doubles n'étaient que des ostéomalacies. Cependant Kœnig signale un cas de sacro-coxalgie bilatérale.

⁽¹⁾ DELENS, *De la sacro-coxalgie*. Thèse d'agrégation, 1872.

⁽²⁾ LANNELONGUE, *Tuberculose vertébrale*, 1888, p. 525.

⁽³⁾ WELLER VAN HOOK, *Tuberculosis of the sacro-iliac joint*. *Annals of surgery*, 1888, t. VIII, p. 491, et 1889, t. IX, p. 55 et 115.

⁽⁴⁾ DELBET, *Leçon clinique*. *Presse médicale*, 1894, p. 255 et 254, et *Bull. de la Soc. anat.*, 5 février 1892.

⁽⁵⁾ NAZ, *De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque*. Thèse de Paris, 1896.

⁽⁶⁾ GANGOLPHE, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. III, p. 618.

⁽⁷⁾ CROcq, *Traité des tumeurs blanches*. Bruxelles, 1855.

⁽⁸⁾ BARKER, *System of surgery de Holmes*. Londres, 1885.

Bien que quelques faits semblent indiquer la possibilité d'une arthrite tuberculeuse primitive (Van Hook), le début des lésions par l'ostéite est ici de règle; ostéite de la facette auriculaire de l'os coxal, très souvent ostéite de la face antérieure du sacrum. Les lésions du sacrum sont elles-mêmes primitives ou consécutives à l'extension d'un mal de Pott lombaire (Lannelongue).

La face antérieure du sacrum est souvent dépouillée de son périoste sur une grande étendue; le corps de l'os est creusé d'excavations remplies de fongosités, de matière tuberculeuse, parfois d'un séquestre isolé et entouré de fongosités; un séquestre libre peut se trouver dans la cavité articulaire. On rencontre aussi l'ostéite raréfiante, avec des ulcérations superficielles et une infiltration granuleuse. Quelquefois les foyers tuberculeux occupent l'épaisseur du sacrum, sous forme de petites cavernes à contenu caséux analogues à celles des corps vertébraux au début du mal de Pott.

L'os iliaque est atteint de lésions semblables, mais en général moins étendues.

A côté de ces lésions osseuses à forme ulcéreuse, Lannelongue a insisté sur d'autres altérations qu'on rencontre surtout chez l'adulte: « 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 ». Ces faits d'ostéite condensante autour des lésions localisées d'ostéite tuberculeuse, autrefois signalés déjà par Verneuil et Gadaud, par Guéniot, montrent comment peut se faire la défense autour du foyer tuberculeux primitif, comment peuvent se limiter les lésions à une partie de l'articulation, et Pierre Delbet a repris cette étude dans son travail sur les sacro-coxalgies partielles dont il a montré la fréquence et l'intérêt au point de vue de la symptomatologie et des indications opératoires.

Les lésions osseuses entraînent la formation de fongosités intra-articulaires, la destruction des cartilages, des ligaments, d'abord du ligament antérieur, puis du ligament interosseux qui résiste longtemps, et le plus souvent n'est que partiellement altéré; la destruction complète de ce ligament peut entraîner une certaine mobilité des os, une disjonction, une luxation incomplète.

L'extension de l'ostéite à toute l'épaisseur du sacrum peut provoquer une pachyméningite tuberculeuse, des abcès du canal sacré. Plus souvent les fongosités englobent les branches des nerfs sacrés au niveau des troncs de conjugaison et le nerf sciatique à sa sortie du bassin. « Il arrive encore qu'en traversant la cavité d'un abcès froid, ces nerfs subissent, au moins superficiellement, les altérations de la névrite interstitielle » (Lannelongue).

Les ganglions lombaires sont augmentés de volume, quelquefois caséux. Le péritoine voisin de la symphyse sacro-iliaque peut être couvert de granulations tuberculeuses, point de départ possible d'une péritonite tuberculeuse généralisée.

Les abcès, très fréquents, ne sont pas constants et l'absence de toute collection, la limitation des lésions à la superficie des os, caractérisent les formes dites sèches de la sacro-coxalgie.

Le pus peut se faire jour et la collection se développer soit en avant, soit en arrière, d'où la division déjà établie par Erichsen, en abcès antérieurs ou intra-pelviens, abcès postérieurs ou extra-pelviens.

Les abcès *postérieurs*, qui naissent au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure se développent dans la masse musculaire sacro-lombaire (Lannelongue). Beaucoup plus souvent, prenant plus bas leur origine, ils occupent la région fessière, les uns se portant en arrière, traversant les insertions du grand fessier pour venir faire saillie sur la face postérieure du sacrum, les autres se portant en dehors, soulevant le grand fessier qu'ils traversent souvent pour former une collection en bissac à grand foyer superficiel étalé sur la fesse et communiquant par un orifice souvent très étroit et difficile à découvrir au cours de l'intervention, avec le foyer initial profond. D'autres fois, ils suivent le grand nerf sciatique et viennent se montrer à la face postérieure de la cuisse plus ou moins bas au-dessous du pli fessier.

Plus fréquents sont les abcès *antérieurs* ou intra-pelviens qui, d'après la statistique de Van Hook, représentent 61,8 pour 100 des abcès de la sacro-coxalgie. Ils se dirigent souvent directement en avant, soit en décollant le périoste de la fosse iliaque, soit, ce qui est plus fréquent, en suivant la gaine du psoas. Ils peuvent accompagner le psoas jusqu'à son insertion inférieure et venir faire saillie au triangle de Scarpa. Demons a signalé un fait curieux de coxalgie secondaire à un abcès froid de la gaine du psoas, par envahissement de la bourse du psoas et de l'articulation de la hanche (!). Franchissant dans quelques cas le psoas à la partie supérieure, ils accompagnent les vaisseaux iliaques, et descendant dans la gaine des vaisseaux fémoraux plus ou moins bas à la cuisse.

Dans d'autres cas, au lieu de descendre, l'abcès remonte dans le psoas à une hauteur variable le long de la colonne vertébrale (abcès supérieurs, ascendants, récurrents).

Les abcès nés de la partie antéro-inférieure de l'articulation se portent souvent en bas, puis en arrière, sortant du bassin par la grande échancrure sciatique et venant pointer à la face postérieure de la cuisse (abcès inférieurs). D'autres fois ils suivent la face antérieure du sacrum (abcès descendants internes) et viennent saillir au périnée, ou bien entourent le rectum, se développent dans l'espace pelvi-rectal supérieur, ou encore perforent le releveur pour apparaître dans la fosse ischio-rectale.

Symptômes. — La maladie évolue d'une façon subaiguë ou chronique et donne lieu cliniquement à la tumeur blanche. C'est dire que le *début* est fort obscur et qu'un examen attentif est nécessaire pour surprendre l'affection à son stade initial. Delorme, dont les idées sont reproduites dans la thèse qu'il a inspirée à Provendier, insiste très justement sur le peu de réaction de quelques sacro-coxalgies dans la période initiale de leur évolution.

La *douleur* est d'ordinaire le premier symptôme. Elle siège à la région sacro-

(!) DEMONS, *Sacro-coxalgie suppurée, pénétration du pus dans l'articulation coxo-fémorale.* Journal de méd. de Bordeaux, 1878-1879, t. I, p. 319.

iliaque, d'où elle irradie vers la fesse, l'aîne, la cuisse, le genou, etc., affectant parfois le caractère névralgique. Delbet a beaucoup insisté sur le début de l'affection par une névralgie sciatique qui peut être, pendant un temps fort long, le seul symptôme. Cette sciatique initiale semble être, sinon absolument constante, du moins beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait dit. Dans plusieurs observations postérieures au travail de Delbet, son élève Naz a toujours retrouvé la sciatique précoce prémonitoire; il rapporte même un cas très intéressant de névralgie radiculaire lombo-sacrée due aux altérations primitives du sacrum.

La douleur locale présente dès le début des caractères importants : exagérée ou réveillée par la marche, la flexion du tronc, les mouvements du membre inférieur, la pression exercée sur l'article ou sur ses alentours immédiats, souvent aussi par le toucher rectal, les efforts de défécation, par un simple changement d'attitude au lit, elle est calmée au contraire par le repos dans le décubitus dorsal, et par une forte extension de la colonne rachidienne. Erichsen a insisté sur un signe d'une grande valeur : la douleur déterminée par le rapprochement des deux os iliaques, en appuyant brusquement sur les deux épines iliaques antérieures et supérieures, alors que la pression sur le grand trochanter, les mouvements de la cuisse sur le bassin, ne provoquent aucune souffrance. Les mouvements qu'on imprime à l'os coxal en saisissant entre les doigts la crête iliaque sont également douloureux (signe de Volkmann). Il en est de même de l'appui brusque que provoque le malade en se laissant retomber assis après s'être un peu soulevé sur les mains (signe de Larrey). Cette recherche de la douleur articulaire dans les différents mouvements reste parfois négative. Delbet et Naz regardent comme la plus constante et la plus importante la névralgie sciatique.

En même temps, les malades se plaignent souvent d'une certaine faiblesse dans le membre inférieur, d'engourdissements, de fourmillements, etc. Mais déjà a apparu un symptôme plus important, la *claudication*. Tandis que dans la station droite, le malade appuie sur le membre sain, on le voit pendant la marche se pencher en avant, traîner lentement le pied sur le sol et appuyer d'un seul coup sur la plante tout entière. Il avance avec hésitation et à petits pas.

Il est remarquable de voir que, dans quelques cas, la boiterie fait presque défaut, même lorsque la collection purulente est formée. « C'est ainsi qu'un des opérés de M. Delorme n'entre à l'hôpital qu'à la dernière limite, ayant voulu continuer jusque-là son service d'ordonnance, quoiqu'il fût porteur à la fesse d'une tumeur volumineuse; le moment de l'opération venu, M. Delorme le fit courir devant les assistants, de son lit à la salle d'opérations » (1). Néanmoins la claudication est la règle et elle s'accompagne d'inclinaison du bassin et d'attitude vicieuse du membre. Boyer, Erichsen, Hattute pensaient que celui-ci était réellement allongé grâce à la rotation du bassin autour de son axe antéro-postérieur et grâce aux déviations compensatrices de la colonne lombaire. Delens a bien montré qu'il ne s'agissait que d'un allongement apparent.

Bientôt les douleurs s'aggravent; elles empêchent la marche, le sommeil. Le membre s'atrophie, devient le siège de paralysies incomplètes par suite de com-

(1) PROVENDIER, *De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie*. Thèse de Paris, 1887, n° 26.

pression des nerfs du plexus sacré. Ces paralysies peuvent disparaître après l'intervention (cas d'E. Bœckel) (1).

Dans une deuxième période, l'examen de la région malade révèle l'existence d'un empatement allongé de haut en bas et se prolongeant du côté de la fesse. Dans d'autres cas, lorsque les lésions sont surtout accusées du côté de la surface interne du bassin, cet empatement est peu accusé ou fait défaut; mais le doigt introduit dans le rectum, arrive souvent à reconnaître une tuméfaction de la partie antérieure du sacrum.

Dans nombre de cas, les signes locaux font presque complètement défaut. L'apparition d'un abcès fessier ou sacré, ou crural, l'existence d'une sciatique antérieure, seront les seuls indices qui attireront l'attention sur l'articulation sacro-iliaque; et alors même l'exploration ne révélera rien ou bien peu de chose, pas de douleur à la pression directe, ni à la pression à distance (signes d'Erichsen, de Volkmann, de Larrey). Seul le toucher rectal permettra parfois d'arriver sur un point douloureux sacré ou iliaque, sur une tuméfaction localisée, sur le point de départ intra-pelvien de l'abcès. C'est sur ces formes frustes que Pierre Delbet a très justement appelé l'attention. Elles correspondent à ces lésions limitées que nous avons décrites plus haut, à ces sacro-coxalgies partielles dans lesquelles la lésion est localisée à une partie de la jointure, pendant qu'un travail de réparation, de défense, établit souvent une ankylose osseuse du reste de l'articulation.

Les abcès ont tous les caractères des abcès froids. Quand ils s'ouvrent à la fesse, au périnée, à la cuisse, dans la région iliaque, ils donnent lieu à des fistules intarissables par où s'éliminent de temps à autre de petits séquestres. D'autres fois le pus se fait jour dans le rectum, dans la vessie ou dans le vagin. On a cité des cas dans lesquels le pus pénétrant dans le canal rachidien avait déterminé la mort par méningo-myélite. La terminaison fatale peut aussi survenir brusquement par ulcération des vaisseaux, notamment de l'artère hypogastrique (Morrant Baker). Le plus souvent cependant, comme dans les autres arthrites bacillaires abandonnées à elles-mêmes, les malades succombent, épuisées par la suppuration, la fièvre hectique, la tuberculose concomitante du poulmon.

Pronostic. — Aussi le pronostic est-il grave, surtout quand les abcès envahissent la cavité pelvienne. Cependant la guérison par ankylose est possible. Cette ankylose, lorsqu'il s'agit d'une femme, entraîne des déformations du bassin. Récemment Aepli (2) a publié un beau cas de rétrécissement oblique par ankylose de la symphyse sacro-iliaque. Il est évident que la gravité varie beaucoup suivant la forme de la sacro-coxalgie, et que si l'ostéo-arthrite étendue à toute l'articulation, avec destruction des ligaments, entraîne le plus sombre pronostic, il n'en est pas de même des formes d'ostéite superficielle sans suppuration, ou encore des sacro-coxalgies partielles avec foyer limité par une ostéite condensante ou une ankylose du reste de la jointure. Enfin la précocité de l'intervention qui permettra d'attaquer et de détruire la plus grande partie des lésions encore peu étendues, pourra, dans certains cas, arrêter l'évolution de l'ostéite.

(1) E. BOECKEL, *Fragments de chirurgie antiseptique*. Strasbourg, 1885.

(2) AEPLI, *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, 15 janvier 1890.

Diagnostic. — Au début, la sacro-coxalgie est parfois confondue avec une névralgie lombo-abdominale, une névralgie fessière, sciatique ou même avec un simple lumbago. Mais ces affections ont des points douloureux fixes avec irradiations spéciales, elles ne sont pas calmées par le repos et le décubitus. Ce que j'ai dit plus haut de la très grande fréquence de la sciatique dans la sacro-coxalgie me dispense d'insister sur sa valeur séméiologique. Il me suffira de rappeler qu'en présence d'une sciatique, la recherche de la cause devra toujours être poursuivie avec le plus grand soin, que l'exploration attentive de l'os iliaque et du sacrum (surtout l'exploration intra-pelvienne par le toucher rectal trop souvent négligé) permettra souvent d'arriver à un diagnostic précis.

La tuberculose des vertèbres lombaires se reconnaîtra par le siège précis de la douleur qu'exagère la pression des apophyses épineuses, puis par la formation d'une gibbosité. Il ne faut pas oublier en tout cas que la coxalgie succède souvent à un mal de Pott lombaire ou plutôt lombo-sacré (Lannelongue). L'ostéite tuberculeuse de la face antérieure du sacrum, bien qu'elle se propage souvent à l'articulation sacro-iliaque, peut exister seule. Elle se distingue de la sacro-coxalgie par l'absence des douleurs provoquées par les mouvements du membre inférieur, ou par le rapprochement des deux os iliaques.

C'est surtout avec la coxalgie que la sacro-coxalgie est le plus souvent confondue. Mais tandis que la sacro-coxalgie, qui s'observe de vingt à trente ans, se distingue par une douleur à la pression limitée à l'interligne articulaire, par la possibilité de faire exécuter à la cuisse tous les mouvements, lorsqu'on a fixé le bassin, dans la coxalgie, au contraire, affection de l'enfance, la douleur à la pression siège surtout au pli de l'aîne et en arrière du grand trochanter; les mouvements communiqués à la cuisse, surtout l'abduction et la rotation, sont limités, douloureux ou même impossibles. D'autres signes sont tirés du siège occupé par les abcès et les fistules et surtout de l'examen par le toucher rectal.

Quant aux arthrites blennorragiques, rhumatismales, puerpérales, etc., dont la jointure peut être le siège, elles sont parfois difficiles à différencier de la sacro-coxalgie. On n'oubliera pas la fréquence de celle-ci comparativement à celles-là; on n'oubliera pas davantage que l'évolution aiguë qui est de règle dans les arthrites blennorragiques et puerpérales est tout à fait exceptionnelle dans la tuberculose. Néanmoins le diagnostic est loin d'être facile, et l'on comprend que les auteurs aient réuni toutes les arthrites chroniques dans une même classe. C'est qu'en effet leurs symptômes sont presque identiques et les antécédents, les signes concomitants, la marche de l'affection pourront seuls, dans quelques cas, permettre d'établir la nature du mal.

Traitement. — Je n'ai pas à insister sur la nécessité du traitement général antituberculeux.

Le traitement local diffère suivant les périodes de l'affection. Au début, la révulsion pourra aider à combattre les douleurs, mais celles-ci seront surtout calmées par l'immobilisation qui constitue ici, comme pour les ostéo-arthrites tuberculeuses, l'indication essentielle; immobilisation dans le décubitus dorsal, assurée par l'emploi d'une gouttière de Bonnet ou encore d'une attelle plâtrée enveloppant la cuisse et le bassin.

Sayre a associé à l'immobilisation l'extension pendant les premiers mois de la

maladie. Et, plus tard, au bout de deux ou trois mois, il a employé avec succès l'extension verticale, permettant au malade de se lever, le pied du côté sain muni d'une chaussure surélevée, un poids assez lourd opérant une traction verticale sur la chaussure du pied du côté malade.

Quand les abcès sont ouverts à l'extérieur et restent fistuleux, on se comportera ici comme partout ailleurs. On fera des lavages antiseptiques, des injections modificatrices, le curettage des fongosités, l'évidement des os, etc. On pourra pratiquer des trépanations pour atteindre la face antérieure des os et drainer les abcès intra-pelviens.

En présence d'un abcès en voie d'évolution, on a le choix entre l'ouverture large avec grattage, évidemment des os, ou bien la ponction évacuatrice suivie d'injections modificatrices de glycérine iodoformée, d'huile iodoformée, d'éther iodoformé.

L'ouverture large de l'abcès, la résection des portions osseuses malades, la trépanation de l'os iliaque et du bord de l'aile sacrée pour assurer un libre accès dans les poches intra-pelviennes ont été préconisées depuis quelques années, et les travaux de Hook, de Delorme, de Delbet ont bien réglé le manuel opératoire et établi les indications de ces interventions (1).

Dans les abcès postérieurs, ouverture large, exploration attentive de la paroi profonde pour découvrir l'orifice, souvent très petit, qui conduit sur la lésion osseuse ou sur une poche plus profonde.

Dans les abcès intra-pelviens, incision au-dessus de la crête iliaque, évidemment de la crête iliaque, de l'épine iliaque postéro-supérieure, trépanation de la partie postérieure de l'aile iliaque, pour creuser un assez large tunnel qui permette d'atteindre les lésions antérieures, d'enlever les séquestres, de gratter la poche des abcès et d'assurer un très large drainage.

Malgré toutes les conditions favorables de l'intervention, il est certain que les résultats ne sont pas toujours aussi satisfaisants qu'on avait cru d'abord pouvoir l'espérer. Nombre d'opérés conservent une fistule, souvent plusieurs fistules qui témoignent de la persistance de lésions osseuses.

Aussi l'emploi des injections modificatrices ne me semble-t-il pas devoir être abandonné. Les injections d'éther iodoformé répétées à plusieurs reprises ont amené parfois la guérison à peu de frais; Tillmanns a noté les bons résultats qu'on en peut obtenir à condition d'insister sur leur emploi, de les répéter un nombre de fois suffisant.

De même les injections périphériques de chlorure de zinc, suivant la méthode de Lannelongue, pourront peut-être, dans certains cas d'ostéite au début, avec masses fongueuses, sans abcès collecté, aider au travail d'ostéite hypertrophiante défensive qui limitera, qui enserrera les lésions.

Si les injections d'éther iodoformé n'amènent pas la guérison de l'abcès, l'intervention sanglante est absolument indiquée.

(1) Dans son excellente thèse, Naz a bien résumé l'histoire de cette question, qui commença en 1855 et 1865 avec les opérations de Sayre et plus tard de Golding Bird en 1880 et 1882, et qui fait son apparition en France en 1882 avec Trélat, bientôt suivi par Bœckel, Ollier, Delorme, Périer, Gaut, Van Hook (1887), Makins (1888 et 1890), Collier (1889), Lannelongue (1891), Beale (1892), Gould (1895), enfin Pierre Delbet (1892-1895).