

Nous n'avons que peu de choses à ajouter relativement à la dénudation des os et à leur section. Le chirurgien, ayant pénétré jusqu'à l'articulation, doit inciser la capsule, si celle-ci existe encore, décoller circulairement le périoste en suivant constamment avec l'instrument les surfaces osseuses, puis faire la section avec une scie à main, une scie à chaîne. Si l'angle de l'omoplate est atteint par la carie, on devra reséquer avec la gouge et le maillet, ou mieux encore, à l'exemple de Nélaton, se servir d'une sorte de pince incisive analogue à une tenaille ordinaire dont les mors seraient tranchants.

Après l'opération le bras est rapproché du tronc, placé dans sa position naturelle, et maintenu immobile au moyen d'un appareil inamovible, jusqu'à ce qu'il devienne nécessaire de lui imprimer des mouvements gradués qui assurent la mobilité de la nouvelle articulation.

§ V. — Tumeur blanche de l'articulation du coude.

La tumeur blanche du coude est beaucoup plus fréquente que celle de l'épaule. Sur un relevé de 140 cas, Crocq compte, pour 3 cas de scapulargie, 12 cas de tumeur blanche du coude. Cependant cette affection n'a pas été, de la part des auteurs, l'objet d'une étude spéciale, et sa description se trouve implicitement contenue dans l'histoire générale des tumeurs blanches.

Suivant Rust et Crocq, la tumeur blanche du coude succéderait parfois, chez les enfants, à la luxation traumatique du radius en dehors et en arrière, ou du moins à cette subluxation de l'extrémité supérieure du radius, si fréquente à la suite de chutes, mais surtout à la suite de tractions ou de torsions opérées sur la main et l'avant-bras des enfants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque la synoviale s'ulcère, le pus se porte habituellement en haut et en arrière, entre l'humérus et le triceps, et vient se montrer sur les côtés de ce muscle, et surtout sur son bord externe. Cependant la synoviale se perfore aussi quelquefois en avant, et les abcès viennent s'ouvrir sur les côtés du branchial antérieur.

Les altérations peuvent affecter les trois os qui composent la jointure; cependant le radius est moins souvent atteint que les deux autres. Il n'est pas rare de voir la carie et surtout la nécrose bornées à une portion osseuse limitée, comme l'olécrâne, l'un des condyles de l'humérus, en sorte que l'extraction simple de la partie malade peut amener la guérison, alors que la résection complète paraissait indiquée.

Le déplacement des surfaces osseuses est rare à l'articulation du coude. Le cubitus est trop solidement articulé avec l'humérus pour qu'il abandonne ses rapports normaux. La seule luxation spontanée que l'on observe est celle du radius : en raison de la position ordinaire de l'avant-bras, qui se place dans la flexion et la pronation, la tête du radius tend à se relever, et peut même finir par se luxer en arrière et en dehors.

L'ankylose qui succède parfois à la tumeur blanche du coude, est rarement complète. Il est assez fréquent d'observer l'ankylose du radius avec le cubitus, l'articulation huméro-cubitale conservant ses mouvements.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur, le gonflement, la déformation de la jointure et la position anormale du membre, sont les symptômes habituels de la tumeur blanche du coude.

La douleur est accrue par la pression exercée, soit dans le pli du coude, soit sur les côtés de l'olécrâne, soit sur la tête du radius. On observe quelquefois des douleurs sympathiques, qui s'irradient vers le poignet et vers la main, et qui suivent généralement le trajet du nerf cubital; aussi ces douleurs siègent-elles ordinairement sur le bord interne de l'avant-bras, du poignet et de la main, et le long du petit doigt et de l'annulaire.

Le coude est gonflé et déformé; les saillies de l'olécrâne, des tubérosités humérales disparaissent sous le gonflement des parties molles, et le coude devient uniformément arrondi. On perçoit souvent, de chaque côté de l'olécrâne, une fluctuation évidente, indiquant l'existence d'un épanchement intra-articulaire.

L'avant-bras ne tarde pas à prendre une position fixe, intermédiaire entre la demi-flexion et l'extension, de façon à faire un angle de 100 à 140 degrés avec le bras. D'après ses expériences sur le cadavre, Bonnet a prétendu que les injections forcées dans l'articulation du coude placent l'avant-bras dans la flexion à angle droit ou dans la demi-flexion; telle n'est pas l'opinion de Crocq, qui a observé que l'effet ordinaire des injections intra-articulaires est de mettre l'avant-bras dans une position à peu près moyenne, entre la demi-flexion et l'extension. En général, l'avant-bras reste dans une demi-pronation, quelquefois, cependant; il se place dans la pronation forcée.

Cette position est rendue fixe par la contracture des muscles environnants, par suite de laquelle les mouvements de l'articulation sont devenus très-difficiles ou même impossibles. Ceux du poignet et de la main sont également gênés.

Lorsque le pus est formé, des foyers fluctuants se montrent au pourtour de la jointure, le plus souvent sur les côtés de l'olécrâne et sur le bord externe du triceps. Le gonflement s'accroît de plus en plus, et le coude, traversé par plusieurs trajets fistuleux, revêt la forme d'un fuseau allant en s'amincissant par le haut et par le bas.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la tumeur blanche du coude ne saurait offrir de difficultés sérieuses.

Les inflammations de la bourse séreuse olécrânienne se distingueront facilement d'une maladie articulaire. Les phlegmasies du tissu cellulaire périarticulaire envahissent rarement toute la circonférence de la jointure.

Lorsqu'il se produit une luxation spontanée du radius en arrière et en

dehors, on la reconnaîtra par la pronation forcée de l'avant-bras, et, si le gonflement n'est pas trop considérable, par la saillie anormale de la tête de l'os.

PRONOSTIC. — La tumeur blanche du coude est une de celles dont le pronostic est le moins défavorable. Quoique causant quelquefois le marasme et la mort, elle est plus rarement que toute autre accompagnée de nécrose, et celle-ci, lorsqu'elle existe, est fréquemment limitée. L'ankylose est rarement complète, et souvent les mouvements de flexion et d'extension sont conservés assez complètement. Enfin, les moyens de traitement, et surtout les opérations qui lui sont applicables, réussissent généralement mieux que partout ailleurs.

TRAITEMENT. — Les divers moyens locaux et généraux indiqués dans la thérapeutique des tumeurs blanches trouveront ici leurs indications.

La position à donner au membre est la flexion à angle droit et la demi-pronation. Lorsque cette position a été obtenue, on peut employer, pour la maintenir, divers appareils. Les gouttières de fil de fer de Mayor et de Bonnet rendent souvent des services incontestables; mais on pourra toujours les remplacer avec avantage par les appareils inamovibles, qui, emboîtant exactement le bras et l'avant-bras, assurent une immobilité parfaite et permettent aux malades de marcher. L'appareil ouaté de Burggræve, appliqué depuis la main jusqu'à l'épaule, sera particulièrement indiqué.

Le traitement des abcès, des trajets fistuleux, n'offre rien de particulier à noter.

Si malgré un traitement rationnel, les accidents locaux et généraux devenaient tellement graves, que tout espoir de guérison fût perdu, le chirurgien devrait se décider à une intervention active; l'amputation ou la résection serait alors la seule ressource.

D'une manière générale, on peut dire que, pour l'articulation du coude, la résection doit être préférée à l'amputation.

Toutefois, relativement à la gravité comparative des deux opérations, les statistiques fournissent des résultats contradictoires. Tandis que, d'après Blasius et Heyfelder, il existerait une différence considérable en faveur de la résection, cette différence serait beaucoup moindre d'après les statistiques de Thore, de Trélat et de Painetvin (1). Ce dernier, qui a soumis à une étude attentive les résultats consignés par les auteurs précédents, est arrivé à cette conclusion, que les avantages de la résection du coude sur l'amputation du bras, dans le cas de tumeur blanche, quoique beaucoup plus faibles que ne semblent l'indiquer certaines statistiques, existent cependant réellement, puisqu'il a trouvé que la résection donnant 32,2 pour 100 de mortalité, l'amputation donne 35,8 pour 100.

Mais ce qui doit surtout déterminer le chirurgien à pratiquer de préférence la résection, c'est qu'elle conserve un membre toujours utile et

(1) *De la section du coude*, thèse. Paris, 1865.

qui, dans un certain nombre de cas, a pu rendre à peu près les mêmes services qu'un membre sain.

L'amputation ne serait donc légitimée que si tous les tissus, y compris la peau, étaient transformés en tissu lardacé, ou s'il existait, en même temps que de profondes lésions osseuses, de vastes décollements des parties molles; enfin, si l'état général du malade ne permettait pas d'espérer qu'il pût faire les frais d'une guérison toujours plus lente après la résection qu'après l'amputation.

RÉSECTION DU COUDE. — La résection du coude peut être partielle et bornée à l'épitrôchlée, à l'épicondyle, à l'une des tubérosités articulaires de l'humérus, à l'olécrâne, etc., ou comprendre à la fois l'extrémité inférieure de l'humérus et les extrémités supérieures de l'un ou des deux os de l'avant-bras. L'étendue des lésions osseuses devra guider le chirurgien dans la conduite à tenir; cependant, d'après Painetvin, l'étude des différentes observations de résection du coude semble montrer que, lorsque l'articulation a été ouverte, il y a avantage à retrancher toutes les parties osseuses qui la composent, c'est-à-dire à ne pas faire de résections partielles.

De nombreux procédés opératoires ont été proposés; nous indiquons ici celui de Roux, qui nous paraît mériter la préférence.

Une incision longitudinale (fig. 12) est pratiquée le long du bord externe de l'humérus et descend jusqu'au col du radius; sur cette incision on en fait tomber une seconde transversale, qui, partant de l'extrémité supérieure de l'olécrâne, vient tomber sur le milieu de la première. Les deux lambeaux triangulaires sont disséqués, l'articulation huméro-radiale est ouverte, le radius écarté en dehors et scié au-dessous de sa tête. On fait de même pour le cubitus, en ayant soin de plier fortement l'avant-bras en dedans, de manière à pouvoir scier l'os sans léser le nerf cubital, que le chirurgien ne doit même pas apercevoir. Enfin, l'humérus est détaché exactement des parties molles avoisinantes et scié à la hauteur voulue.

L'opération terminée, on place quelques points de suture pour diminuer l'étendue de la plaie, mais sans tenter la réunion immédiate, puis on met le membre dans une gouttière ou dans un appareil inamovible fenêtré, en ayant soin de le placer dans la demi-flexion.

§ VI. — Tumeur blanche du poignet.

A l'exemple de Crocq, nous décrirons sous ce titre non-seulement la tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne, mais encore celle des

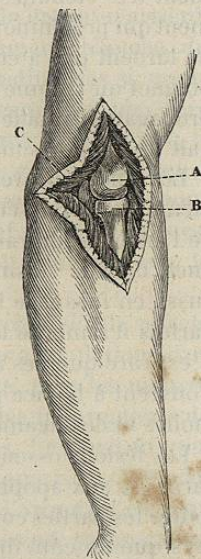


FIG. 12. — Résection du coude (procédé de Roux). — A, extrémité inférieure de l'humérus; B, radius; C, olécrâne.

articulations carpiennes et carpo-métacarpiennes. Le plus souvent, en effet, toutes ces articulations sont malades en même temps, ce qui s'explique par les rapports intimes et les communications des synoviales radio-carpiennes, carpiennes et carpo-métacarpiennes. Cependant il peut se faire que, pour les deux dernières, la cavité synoviale commune soit divisée en plusieurs parties par des fausses membranes, et que la lésion reste limitée dans ces points.

Il n'est pas très-rare de voir les deux poignets atteints à la fois de tumeur blanche. De même que pour le pied, l'arthrite fongueuse du poignet reconnaît très-souvent une entorse pour point de départ.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de la synoviale sont généralement très-étendues; il se fait souvent dans la cavité séreuse un épanchement qui proémine surtout à la face dorsale. Les fongosités très-abondantes ne tardent pas à envahir toutes les articulations du carpe, donnant au poignet un volume considérable, qui se trouve encore augmenté par la propagation rapide de la maladie aux gaines tendineuses, dont on connaît les rapports intimes avec la synoviale articulaire.

Les abcès provenant des articulations carpiennes et carpo-métacarpiennes apparaissent généralement au dos de la main. Ceux qui viennent de l'articulation radio-carpienne se font souvent jour sur les côtés du poignet, dans le voisinage des apophyses styloïdes; cependant le pus peut aussi, en fusant le long des tendons, parvenir à la face dorsale de la main; parfois il remonte le long de l'avant-bras en produisant des décollements. Il est rare que des abcès provenant de l'une des articulations du poignet s'ouvrent à la face palmaire, ce qui s'explique par l'épaisseur des parties molles et des ligaments.

Les lésions osseuses tantôt sont bornées à un ou plusieurs des os du carpe ou aux apophyses styloïdes, et tantôt s'étendent en même temps à toutes les parties constituantes de la jointure, aussi bien du côté de l'avant-bras que du côté du carpe, dont les deux rangées sont affectées ainsi que les extrémités supérieures des métacarpiens.

Les luxations spontanées ne sont pas fréquentes au poignet. Celle que l'on observe presque exclusivement est la luxation du cubitus en arrière. Cependant Richet aurait observé, d'après Nélaton, une luxation du carpe en arrière.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur est bornée à l'articulation du poignet, ou plus souvent s'étend à la main et aux doigts; elle est exaspérée par la pression exercée à la partie dorsale et sur les côtés du poignet.

Le gonflement occupant les faces antérieure et postérieure de l'articulation est surtout marqué sur la face dorsale. Peu à peu les saillies et les cavités normales disparaissent et se confondent dans une tuméfaction uniforme. La main subissant un amaigrissement notable, à mesure que le gonflement du poignet augmente, les doigts semblent effilés, aplatis, et toute la main paraît allongée. Mais ce n'est là qu'une illusion que la mensuration fait disparaître.

La main est généralement placée dans une légère extension, et se trouve dans la même direction que l'avant-bras. L'apophyse styloïde du cubitus devient saillante sous la peau, sans doute par suite du relâchement du fibro-cartilage qui retient cet os fixé au radius.

Les mouvements du poignet sont impossibles ou ne s'accomplissent qu'au prix de vives douleurs. Les doigts sont également fixés dans l'extension, et leurs mouvements sont extrêmement douloureux, ce qui s'explique par la propagation de la phlegmasie aux gaines tendineuses.

A une période avancée, le pus se forme dans l'articulation ou à son voisinage, et vient se faire jour dans les points déjà indiqués, mais principalement à la région dorsale. Enfin, on peut voir survenir les symptômes de la luxation en arrière du cubitus dont la tête forme une saillie anormale, ou même on peut reconnaître les signes d'une luxation du carpe en arrière.

DIAGNOSTIC. — On pourrait surtout confondre la tumeur blanche du poignet avec l'inflammation chronique des gaines tendineuses si nombreux en cette région. Mais la ténosite fongueuse beaucoup plus rare que la tumeur blanche, siège habituellement à la paume de la main; le gonflement, la douleur sont limités exactement à la gaine tendineuse affectée, et ne s'étendent pas à l'articulation tout entière; enfin, les mouvements communiqués à cette dernière ne déterminent pas de douleurs. Il ne faut pas oublier cependant que la ténosite peut coïncider avec la tumeur blanche.

Lorsque celle-ci aura été reconnue, on devra rechercher si elle affecte l'articulation radio-carpienne, ou si elle a pour siège les articulations carpiennes et carpo-métacarpiennes. Dans le premier cas, tous les mouvements imprimés à la main sont douloureux, ainsi que les mouvements de pronation et de supination, qui deviennent impossibles. Le siège du gonflement, le lieu où se forment les abcès fournissent aussi des données importantes pour le diagnostic. Au reste, comme nous l'avons dit en commençant, les articulations radio-carpienne, carpiennes et carpo-métacarpiennes sont le plus souvent malades en même temps.

Le pronostic est moins grave pour la tumeur blanche du poignet que pour celle du coude et de l'épaule, en ce sens que la maladie articulaire ne détermine que rarement des phénomènes généraux. Toutefois il faut tenir compte, dans le pronostic, de la fréquence de l'ankylose complète du poignet et de la roideur des doigts consécutive à l'inflammation des gaines tendineuses.

TRAITEMENT. — L'articulation sera mise dans une extension modérée, de manière que la main et l'avant-bras se trouvent dans une direction rectiligne et dans la demi-pronation. Les gouttières de Mayor et de Bonnet, les appareils inamovibles, l'appareil ouaté de Burggraave, pourront être employés pour assurer l'immobilité. En raison de la tendance à la roideur et à l'ankylose des doigts, on devra faire exécuter des mouvements artificiels, dès que les douleurs auront cessé et que la suppuration commencera à se tarir.

Lorsque les altérations osseuses résistent à tous les moyens de traitement habituels, la question de l'amputation ou de la résection doit être posée.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une manière absolue sur la valeur réelle de la résection du poignet. Les chirurgiens français se montrent en général peu favorables à cette dernière opération. Cependant quelques auteurs étrangers, et en particulier Lister (de Glasgow) (1), ont rapporté un certain nombre de succès. Folet (2), en réunissant toutes les observations de résections du poignet, est arrivé à émettre une opinion contraire à celle qui règne généralement en France sur la valeur réelle de cette opération.

Il résulte en effet, des recherches statistiques de ce dernier, que, sur 52 cas de résections pathologiques du poignet, on ne compte que 9 morts, soit 14 pour 100 de mortalité; et encore faut-il tenir compte de ce fait que, sur les 9 cas de morts, 3 seulement devraient être rapportés à l'opération même.

D'autre part, les statistiques de Malgaigne, Trélat et Husson, montrent que le chiffre de la mortalité à la suite de l'amputation pathologique de l'avant-bras est de 29 pour 100; d'où il suit qu'un avantage très-réel resterait en faveur de la résection.

Malgré toute l'importance de ce fait, il faut aussi faire entrer en ligne de compte, dans le jugement à porter sur la valeur de cette dernière opération, les résultats locaux qu'elle donne.

Tandis qu'à l'épaule et au coude, la résection, lorsqu'elle ne cause pas la mort, procure en général une guérison complète et conserve aux malades un membre très-utile, la même opération, appliquée au poignet, ne guérit pas toujours le mal, en raison de la difficulté ou même de l'impossibilité presque absolue d'en découvrir les limites et d'enlever toutes les parties malades. Aussi, sur 44 cas, on compte 14 récidives. En outre, si les malades guérissent de l'opération, celle-ci laisse fréquemment à sa suite des ankyloses ou des roideurs, considérables du poignet et des doigts, qui rendent la main conservée inutile, et même, dans certaines conditions sociales, plus nuisible qu'utile. Si l'on joint à cela la difficulté que rencontre le chirurgien à enlever toutes les parties malades sans léser les tendons si nombreux qui entourent la jointure, on comprendra facilement la défaveur avec laquelle cette opération est accueillie en France.

Cependant les faits nouveaux signalés par Folet sont assurément de nature à frapper l'attention, et il sera permis, dans le cas où les lésions paraîtront limitées, et chez des sujets placés dans de certaines conditions sociales, de tenter la résection du poignet.

Nous ferons remarquer, d'ailleurs, qu'on ne doit pas ranger sous ce titre l'opération qui consisterait à enlever un ou deux os du carpe, frappés

(1) *The Lancet*, 1862, t. I.

(2) *De la résection du poignet*, thèse inaugurale. Paris, 1867.

de nécrose, ou à réséquer les apophyses styloïdes. Cette simple extraction de séquestres est toujours indiquée, et a été plusieurs fois suivie de guérison.

RÉSECTION DU POIGNET. — La résection du poignet est totale ou partielle : totale, lorsqu'on enlève à la fois les extrémités inférieures radiale et cubitale, et les os de la première rangée ou même des deux rangées du carpe; partielle, lorsqu'on enlève, soit les extrémités radio-cubitales seules, soit une portion plus ou moins étendue du carpe.

D'après les recherches de Folet, pour cette résection comme pour beaucoup d'autres, il y a généralement avantage à pratiquer l'excision totale et à détruire complètement la cavité synoviale radio-carpienne.

Parmi les nombreux procédés proposés pour cette opération, nous signalerons le suivant, qui se rapproche de celui de Dubled.

Il consiste à faire d'abord une incision longitudinale le long du bord interne du cubitus. On ouvre l'articulation de ce côté en faisant porter la main en dehors, puis on luxe le cubitus et l'on excise son extrémité inférieure. Une seconde incision longitudinale est faite le long du bord externe du radius. On dénude l'extrémité inférieure de cet os en détachant les tendons extenseurs dans une étendue suffisante pour les isoler avec une compresse ou une plaque de carton; puis on ouvre l'articulation en portant la main en dedans, on luxe le radius et on l'excise dans une étendue suffisante. On fait ensuite saillir le carpe dans la plaie, et, après l'avoir dégagé sur ses deux faces, on en pratique l'excision.

§ VII. — Tumeurs blanches des doigts.

Ces tumeurs blanches succèdent fréquemment à des phlegmons ou à des panaris, l'inflammation des tissus périarticulaires se propageant à l'articulation. Dans ce cas, les ouvertures des abcès demeurent fistuleuses; les extrémités osseuses sont entourées de tissu fongueux et lardacé; les mouvements communiqués à l'articulation s'opèrent dans tous les sens et sont accompagnés de crépitation; enfin on sent avec le stylet les os dénudés.

Mais les tumeurs blanches des doigts peuvent aussi se développer d'emblée, et s'annoncent par la douleur, l'impossibilité des mouvements, le gonflement de la jointure, marqué surtout à la face dorsale. Lorsque les fongosités sont abondantes, le gonflement est quelquefois très-considérable, le doigt prend la forme d'un fuseau; la partie située au delà de la tumeur est effilée, amincie.

Il n'est pas rare de voir l'articulation malade se placer dans la demi-flexion, ce qui est dû à la plus grande laxité des moyens d'union vers la région dorsale et à la prédominance des tendons fléchisseurs; l'accumulation de liquide tend aussi à amener cette position dans la première période de la maladie.

Les abcès, lorsqu'ils se forment, s'ouvrent sur toute la périphérie de l'articulation, mais de préférence à la face dorsale.

Les déplacements spontanés ont toujours lieu vers la partie dorsale, et l'on voit la phalange inférieure faire au-dessus de la supérieure une saillie de plus en plus considérable.

Le diagnostic est en général facile; toutefois, dans un certain nombre de cas, l'inflammation chronique du tissu cellulaire sous-cutané des doigts produit un gonflement douloureux et une gêne des mouvements qui pourraient faire croire à l'existence d'une tumeur blanche. Quoique le diagnostic soit souvent alors très-difficile et même quelquefois impossible, on pourra généralement reconnaître que l'articulation est saine, en explorant avec le stylet les trajets fistuleux et en imprimant des mouvements forcés à l'articulation. Dans le premier mode d'exploration, on ne découvrira pas de surfaces osseuses dénudées; dans le second, on ne percevra pas cette crépitation qui caractérise les lésions articulaires.

Le pronostic est peu grave. Les tumeurs blanches des doigts, lorsqu'elles arrivent à la période de suppuration, guérissent ordinairement après l'élimination de séquestres osseux. Il faut cependant ne pas oublier dans le pronostic que l'ankylose, terminaison fréquente de la maladie, présente aux doigts une assez grande importance.

Le traitement consiste à immobiliser la jointure à l'aide d'une petite bande et d'attelles dorsales et palmaires, allant jusqu'à la racine du doigt pour les tumeurs blanches des articulations phalangiennes, et s'avancant jusque sur la main pour les tumeurs blanches des articulations métacarpo-phalangiennes.

On est souvent appelé à faire l'extraction de séquestres formés par l'extrémité d'une phalange ou par la phalange tout entière. Cette opération très-simple, et pour laquelle une seule incision latérale suffit, amène généralement la guérison avec raccourcissement du doigt.

Il n'est pas rare que l'amputation d'une phalange ou d'un doigt soit indiquée, non par suite d'accidents généraux, mais par la longueur interminable de la maladie, les souffrances qu'elle cause, et surtout l'inactivité à laquelle elle condamne les malades. Ceux-ci demandent le plus souvent à être débarrassés par une opération, et préfèrent le sacrifice d'une portion ou de la totalité d'un doigt, qu'ils pourraient peut-être conserver au prix d'une ankylose, mais qui les gênerait dans l'exercice de leur profession. Après avoir prévenu les malades des chances que peut leur faire subir l'amputation, le chirurgien est autorisé à la pratiquer.

§ VIII. — Tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque, ou sacro-coxalgie.

La tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque, quoique nettement indiquée déjà par Desault, Boyer, Larrey, Velpeau, n'a commencé à être bien connue que depuis les travaux de Laugier (1) et de Hahn (2).

(1) Dictionnaire en 30 volumes, article BASSIN.

(2) Ueber die Sacro-coxalgie (Allgemeine medicinische Central-Zeitung, 1833). Ce travail a été analysé par le docteur Chambeyron, dans les Archiv. générales de méd., avril 1834.

On trouvera une bonne description de la maladie dans les traités de chirurgie de Nélaton et de Erichsen, ainsi que dans une thèse récente de Boissarie (1).

ÉTIOLOGIE. — Il faut distinguer au point de vue étiologique deux variétés de sacro-coxalgie : l'une qui survient à tous les âges et sous l'influence des causes générales ou locales propres aux tumeurs blanches; l'autre que l'on pourrait appeler *puerpérale*, et qui se développe chez des femmes nouvellement accouchées. Mais il est de la plus haute importance d'établir à ce sujet une distinction, et de bien définir ce que l'on doit entendre par la désignation de sacro-coxalgie puerpérale.

En effet, on a confondu sous ce nom : l'écartement ou le relâchement simple des symphyses du bassin, phénomènes presque physiologiques de la fin de la grossesse; les arthrites aiguës puerpérales des articulations sacro-iliaques; enfin les collections purulentes métastatiques formées dans ces jointures et développées sous l'influence de la phlébite utérine et de l'infection purulente. C'est assurément un abus de langage qui n'a pas peu contribué à obscurcir l'histoire de la sacro-coxalgie; et l'on doit aujourd'hui comprendre seulement sous cette désignation la tumeur blanche proprement dite de l'articulation sacro-iliaque, c'est-à-dire, l'inflammation chronique déterminant des altérations graves des parties constituantes de la jointure.

Cette distinction faite, nous pouvons dire que la sacro-coxalgie puerpérale paraît succéder quelquefois à un écartement ou une diastase violente des symphyses sacro-iliaques pendant un accouchement difficile. Joyeux et Bach (de Strasbourg), Gérard, cités par Boissarie, en ont rapporté des exemples.

Outre l'action traumatique produite par l'écartement forcé des symphyses du bassin pendant un accouchement laborieux, il faut encore tenir compte, pour expliquer le développement de la sacro-coxalgie puerpérale, de la congestion et de l'afflux des liquides qui s'opèrent du côté de ces jointures à la fin de la grossesse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La synoviale, les ligaments, les os et les cartilages présentent, à divers degrés, les altérations profondes des tumeurs blanches. Chez les femmes en couches, la maladie paraît débiter par l'inflammation de la séreuse.

Lorsqu'il se forme des abcès, le pus proémine le plus souvent dans la région fessière; il n'est pas rare alors que l'abcès présente deux foyers, l'un superficiel ou sous-cutané, l'autre profond ou sous-musculaire, communiquant ensemble à travers les fibres éraillées ou en partie détruites du grand fessier, au niveau de ses attaches à la partie postérieure de la crête iliaque.

Dans d'autres cas, le pus suit la face antérieure du sacrum, descend dans le petit bassin, et vient s'ouvrir dans le rectum ou proéminer du côté du

(1) De la sacro-coxalgie, thèse de Paris, 1862.