

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.

périnée; enfin il gagne quelquefois la fosse iliaque et se comporte alors comme dans les abcès par congestion du rachis parvenus dans cette région.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur est le premier symptôme accusé par les malades. Tantôt légère, et consistant plutôt en une sorte de gêne qu'augmentent la fatigue et la marche et que soulagent le repos dans la position horizontale ou une forte extension en arrière de la colonne vertébrale, la douleur est d'autres fois très-intense. Elle s'exaspère par la pression exercée au niveau du grand trochanter, de la crête iliaque, mais surtout au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure; elle devient surtout très-vive lorsque l'on cherche à imprimer à l'os coxal des mouvements sur le sacrum ou à presser énergiquement ces deux os l'un contre l'autre.

Le siège de la douleur présente également de grandes variations : quelquefois limitée à l'articulation sacro-iliaque, elle s'étend souvent à la cuisse en suivant le trajet des nerfs; d'autres fois, le malade accuse des fourmillements, des engourdissements dans tout le membre correspondant. Laugier, L'Héritier ont vu la douleur retentir principalement au genou, comme dans la coxalgie.

Ces premiers symptômes ne tardent pas à s'accompagner de difficultés dans la marche, de claudication et de variations dans la longueur des membres inférieurs, phénomènes qui ne laissent plus de doutes sur la nature de la maladie.

En effet, la marche devient bientôt difficile et mal assurée; le malade sent que le tronc manque d'une base de sustentation solide. Il pose bien sur le sol le pied du côté affecté, mais il ne peut s'appuyer aussi fortement sur lui que sur le pied du côté sain. A mesure que la maladie fait des progrès, la claudication, la difficulté du mouvement augmentent, le malade est condamné à garder le lit; il ne peut se coucher sur le côté affecté, et dans le décubitus dorsal, il soulève avec peine le membre correspondant.

Les variations dans la longueur comparative des membres inférieurs se montrent d'assez bonne heure, et constituent des signes importants, dont on a cependant exagéré la valeur, et dont on ne connaît la véritable signification que depuis les recherches cliniques modernes sur la coxalgie. Nous n'insisterons donc pas ici sur ce symptôme que nous étudierons, avec tous les développements qu'il comporte, dans le paragraphe consacré à la fémoro-coxalgie.

On observe généralement dans la tumeur blanche sacro-iliaque, suivant la plupart des auteurs, un allongement du membre inférieur auquel succède quelquefois un raccourcissement : ces changements dans la longueur du membre peuvent même se montrer alternativement dans le cours de la maladie, ainsi que l'attestent plusieurs observations.

Hahn indique comme phénomènes constants d'abord l'allongement, puis le raccourcissement, et attribue le dernier au ramollissement prononcé des ligaments, qui permet le rapprochement de la crête iliaque des fausses côtes.

Pour admettre cette opinion, que l'anatomie pathologique est loin de

confirmer, il aurait fallu que la mensuration du membre fût pratiquée avec la même précision que les auteurs modernes ont portée dans leurs recherches sur la coxalgie, et l'on ne doit accepter qu'avec la plus grande réserve les faits antérieurs dans lesquels on signale des changements de longueur réels des membres abdominaux, s'élevant de 2 à 3 centimètres.

Ces changements, en effet, semblent être toujours apparents, lorsqu'on pratique la mensuration exacte des membres, suivant les règles que nous indiquerons bientôt. Ils sont dus aux positions vicieuses du bassin produites par l'action des muscles, et non pas, comme le pense Erichsen, à un mouvement de projection en avant et de rotation en bas de la portion antérieure de l'os iliaque correspondant, se produisant sous l'influence du gonflement de la jointure.

L'apparition des collections purulentes s'observe en général dans une période avancée de la maladie. Les douleurs augmentent, les symptômes généraux, s'ils n'existaient pas encore, se montrent avec une intensité variable, et le pus finit par se faire jour, soit au voisinage de l'articulation sur la limite des régions fessière et lombaire, soit dans un point plus ou moins éloigné, dans la fosse iliaque externe, au niveau du pli de l'aîne, à la partie postérieure de la cuisse, au périnée, etc. On l'a vu perforer le rectum et se vider par l'anus.

Il n'est pas rare, lorsque les abcès se sont ouverts, que les phénomènes locaux et généraux augmentent rapidement de gravité, et que la mort soit la terminaison de la maladie.

Celle-ci cependant peut guérir alors même que la suppuration a existé. On voit les fistules se tarir et se fermer, et, des différents symptômes décrits précédemment, il ne reste qu'une claudication quelquefois très-peu marquée.

DIAGNOSTIC. — La sacro-coxalgie a été souvent confondue avec la fémoro-coxalgie, avec laquelle elle présente plusieurs symptômes communs. Nous verrons à l'occasion de cette dernière comment on pourra l'en distinguer.

Au début, on pourrait croire à une sciatique, à une névralgie lombéo-abdominale, d'autant plus que fréquemment la sacro-coxalgie s'accompagne de douleurs s'irradiant suivant le trajet des nerfs. L'étude des causes, la persistance de l'affection, et surtout les symptômes fournis par l'examen de l'articulation, permettront de distinguer l'affection articulaire d'une simple névralgie, ou de faire la part de chacune des deux maladies, si elles existent ensemble. Il en est de même pour le diagnostic avec le rhumatisme lombaire.

L'inflammation du muscle psoas iliaque ou psoite est d'un diagnostic plus difficile. Cependant la douleur, au début, siège dans la fosse iliaque, lorsqu'il s'agit d'une psoite, et non en arrière, à la région sacro-iliaque comme dans la sacro-coxalgie. Dans la première, la douleur augmente par l'extension du tronc et diminue par la flexion, ce qui est l'opposé dans la tumeur blanche sacro-iliaque. Les mouvements passifs de flexion et d'abduction n'augmentent pas les douleurs dans l'inflammation du psoas,

tandis que ces mêmes mouvements l'exaspèrent dans la sacro-coxalgie. Dans la psosite suppurée, le diagnostic peut encore devenir plus difficile. Mais l'étude des commémoratifs, l'examen direct de l'articulation, l'exploration minutieuse des trajets fistuleux, permettront souvent de reconnaître le siège de la maladie.

La carie des dernières vertèbres lombaires et du sacrum présente, avec la sacro-coxalgie, un certain nombre de caractères communs, comme les douleurs des membres inférieurs et de la région lombo-sacrée, les abcès par congestion et surtout les collections purulentes qui se portent vers le bassin et s'ouvrent parfois dans le rectum; mais le siège de la douleur iliaque, les variations de longueur des membres inférieurs, suffiront pour établir le diagnostic différentiel. Il en serait de même pour une ostéite, une carie, une nécrose de l'os iliaque, sans arthrite.

Chez les nouvelles accouchées, nous avons dit qu'il fallait se garder de considérer comme des tumeurs blanches diverses affections des symphyses sacro-iliaques, telles que : abcès articulaires métastatiques, divulsions ou écartements, symphysites aiguës.

Les arthrites métastatiques s'accompagnent d'un état général à physiologie tellement particulière, et se terminent si rapidement par la mort, que l'on ne saurait cliniquement se méprendre sur leur nature.

L'écartement des symphyses, caractérisé par la crépitation, la mobilité anormale, sans phénomènes généraux, sans abcès, se reconnaît en général facilement.

Quant aux symphysites ou arthrites puerpérales, les phénomènes d'acuité qu'elles présentent, la terminaison favorable ou la suppuration qui se manifeste rapidement, les distinguent de la tumeur blanche à marche essentiellement chronique. Toutefois il faut bien savoir que fréquemment l'écartement des symphyses ou l'arthrite sacro-coxale puerpérale sont le point d'origine d'une véritable tumeur blanche.

PRONOSTIC. — Il est en général extrêmement grave. Si, au début, la sacro-coxalgie traitée convenablement peut avoir une issue favorable, il n'en est plus de même lorsque la période de suppuration est survenue, et Hahn prétend que la mort est inévitable toutes les fois que les abcès se sont ouverts spontanément et que les os sont atteints de carie.

L'étendue des foyers purulents qui vont de la symphyse sacro-iliaque jusqu'à la racine du membre inférieur est toujours une condition défavorable. La gravité est surtout grande lorsqu'il existe des fusées purulentes le long du muscle psoas iliaque, et qu'il se forme des abcès par congestion dans le petit bassin. La condition la plus heureuse est celle de la formation d'abcès à la partie postérieure, au niveau de la symphyse.

Quelque sérieux que soit le pronostic, il est encore permis, dans ces cas, d'espérer la guérison, qui s'obtient alors au prix d'une ankylose. Mais celle-ci n'offre qu'une faible gravité, en raison du peu de mouvements dont jouit la symphyse sacro-iliaque. L'ankylose n'entraînerait de conséquences fâcheuses que chez une femme dont le bassin aurait besoin de

tout l'élargissement produit par l'écartement des symphyses pour que l'accouchement pût se faire. Ce serait alors une cause de dystocie.

TRAITEMENT. — L'immobilité dans le décubitus dorsal, les révulsifs placés sur les côtés de l'articulation, les moyens internes et généraux, constituent le traitement de la sacro-coxalgie au début.

Si les douleurs sont très-vives et s'accompagnent de gonflement, si surtout l'état général du malade ne permet pas de lui faire longtemps garder le lit, il sera nécessaire d'avoir recours à un appareil qui, en soutenant solidement l'articulation, exerce une compression salutaire. On pourrait employer l'appareil recommandé par Crocq, consistant en une bande amidonnée jetée autour du bassin et des racines des deux cuisses, et que l'on renforce par une plaque de carton matelassée, qui embrasse le sacrum et les os iliaques.

Les divers appareils que nous décrirons en traitant de la coxalgie conviendraient également, et permettraient aux malades de se lever et de marcher sur deux béquilles, le membre suspendu.

Les abcès devront être ouverts tardivement et par des ponctions sous-cutanées. S'ils se reproduisent rapidement ou si les ouvertures deviennent fistuleuses, on mettra en usage les injections iodées.

§ IX. — Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale (coxalgie ou fémoro-coxalgie).

La tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, en raison de sa fréquence et de sa gravité, a eu le privilège d'attirer l'attention des chirurgiens depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, et cependant, malgré le nombre et l'importance des travaux dont elle a été l'objet, l'histoire de cette maladie n'a présenté pendant longtemps que confusion et obscurité.

Une des causes qui contribuent à embrouiller l'étude de la coxalgie, c'est que les auteurs ont décrit sous ce nom toutes les affections douloureuses de la hanche, sans distinction de leur nature et de leur siège.

Cette confusion dans le langage tend de plus en plus à disparaître, et si les recherches modernes ne sont pas encore parvenues à élucider tous les points obscurs, on doit revendiquer comme l'une des gloires de la chirurgie contemporaine d'avoir fait justice d'une foule de théories erronées; d'avoir établi, avec une précision inconnue jusqu'alors, les caractères cliniques à l'aide desquels on peut distinguer diverses affections de la hanche simulant la véritable coxalgie, c'est-à-dire la tumeur blanche coxo-fémorale, enfin d'avoir institué sur des bases rationnelles le traitement de cette dernière maladie.

Notre intention n'est pas de citer tous les ouvrages publiés sur la coxalgie, ce qui formerait une liste beaucoup trop longue; nous nous bornerons à indiquer les principaux.