

pénétrer dans le bassin le long soit de la gaine des vaisseaux, soit de la gaine du psoas.

Les abcès fessiers primitifs, nés de la face postérieure de la jointure, peuvent soit descendre à la cuisse le long du nerf sciatique, soit pénétrer dans le bassin par la grande échancrure sciatique.

Les abcès intra-abdominaux sont iliaques ou pelviens selon qu'ils siègent au-dessus ou au-dessous du détroit supérieur. Identiques à ceux du mal de Pott, les abcès iliaques descendent à la cuisse dans la gaine du psoas. Les pelviens peuvent soit rester dans le bassin, soit passer à la fesse (grande échancrure), soit gagner la région des adducteurs; on les a vus s'ouvrir dans le péritoine, dans tous les viscères creux de la région (vessie, vagin, rectum, urètre), à la marge de l'anus (abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur).

Ces sièges étant connus, c'est en ces lieux d'élection que méthodiquement, au moins une fois par mois, on doit palper soigneusement et profondément, en sachant bien que, surtout pour ces collections profondes, la détermination précoce de la fluctuation est très difficile. On n'oubliera pas de pratiquer le toucher rectal. Dans leur évolution clinique, ces abcès présentent deux variétés principales. Les uns, bien plus graves, surviennent d'assez bonne heure, et souvent en plusieurs points successivement. Les autres, au contraire, se développent comme à regret, tardivement, lentement, sans empatement fongueux de la jointure autour d'eux : ces *abcès résiduels* sont souvent vite guéris, après quoi le traitement redevient celui de la coxalgie sèche. A mesure que se collectent les abcès, l'état général fléchit; puis à un moment donné les poches s'ouvrent en dehors et des fistules souvent multiples entourent la jointure. Alors intervient la septicémie chronique, en même temps que l'infection mixte aggrave la lésion locale. C'est à ce moment que le membre, en flexion et adduction parfois extrêmes, est gonflé, blafard, infiltré autour de la hanche, tandis que la jambe est grêle et atrophiée. A cette période, les luxations et pseudo-luxations sont fréquentes; on les reconnaît en constatant que le grand trochanter est au-dessus de la ligne de Nélaton et en sentant que la tête fémorale est saillante dans la fesse, ce qui d'ailleurs n'est pas toujours facile à reconnaître.

Marche. Terminaisons. Pronostic. — La coxo-tuberculose est toujours longue. Son évolution dure d'ordinaire d'autant plus que le traitement est appliqué à une période plus avancée du mal. Le même facteur joue un très grand rôle dans les terminaisons de la maladie. Prise de bonne heure chez un sujet résistant, mangeant et digérant bien, elle peut guérir à peu près sans laisser de traces. D'ordinaire, elle laisse après elle des raideurs qui peuvent aller jusqu'à l'ankylose complète, qui tend toujours à se faire, si l'on n'y prend garde, dans une attitude vicieuse et même avec luxation.

Pendant toute sa durée, les malades sont soumis à toutes les localisations tuberculeuses, et c'est là le plus souvent la cause de leur mort, la méningite en première ligne. A la période de suppuration, ils peuvent succomber par les progrès de la septicémie, des dégénérescences graisseuses ou amyloïdes des viscères, et si le pronostic à ce point de vue est moins grave depuis l'avènement de l'antisepsie, il reste encore des plus sérieux. La coxo-tuberculose est

donc une maladie grave et au point de vue de la vie et au point de vue de la fonction du membre inférieur, le pronostic étant lié, d'après tout ce que nous avons vu, à l'état général, à la courbe thermique, aux fonctions digestives, à l'état de tous les organes, enfin et surtout au traitement.

Diagnostic. — A la *période de début*, l'erreur fréquente consiste à méconnaître que la hanche est en jeu. On se déclare satisfait en constatant un peu de rachitisme, en expliquant la claudication par une légère différence de longueur des membres inférieurs, en attribuant la douleur du genou à la croissance. On conçoit que nous n'ayons pas à insister : ces erreurs dérivent d'un examen incomplet, où l'on n'a pas songé à déterminer l'état de la hanche, par les mouvements communiqués, par la pression localisée. Inversement, on conclut quelquefois à la coxalgie alors qu'il s'agit d'une amyotrophie infantile à début torpide; ou bien quand en réalité existe un foyer de tuberculose péri-articulaire, mais sans arthrite, problème délicat que M. Lane a bien discuté. Parfois d'ailleurs il faut savoir rester dans le doute : cas auquel on opérera en deux temps, après avoir constaté l'effet produit par quelques jours de repos au lit. Si l'on a trouvé des modifications nettes du côté de la hanche, il reste à déterminer si elles relèvent d'une arthrite tuberculeuse ou d'une autre lésion, d'une entorse par exemple. Si le commémoratif du trauma n'est pas d'une netteté parfaite, la prudence consiste à agir comme s'il s'agissait d'une coxalgie.

A la *période des attitudes vicieuses*, quelle que soit l'attitude, la confusion est possible avec la luxation congénitale de la hanche et la sacro-coxalgie : nous renvoyons aux paragraphes consacrés à ces lésions.

Une coxalgie en flexion, abduction et rotation en dehors, est, en somme, dans l'attitude de toutes les arthrites aiguës ou subaiguës de la hanche. Or, certaines arthrites subaiguës avec fièvre légère peuvent ressembler de très près à des coxalgies débutant avec quelque acuité. Mais, dans ce dernier cas, il est bien exceptionnel que le début soit aussi brusque. Si l'on hésite, on appliquera l'extension continue, et on verra si au bout de quelques jours le fonctionnement de la hanche est redevenu parfait. L'attitude est fort analogue pour les contractures du psoas de causes diverses : on remontera à ces causes en examinant avec soin le bassin et la fosse iliaque.

La coxalgie hystérique simule souvent la coxo-tuberculose immobilisée en flexion et adduction. Mais elle est plus douloureuse, a débuté brusquement, souvent après un trauma, et presque d'emblée a atteint le maximum de déviation; les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. Dans le doute, on chloroformisera le sujet, et l'on constatera qu'immédiatement la position se rectifie, sans qu'on ait déterminé de craquements dans la jointure.

Lorsqu'il existe des abcès, après les avoir reconnus, le diagnostic consiste à les rapporter à leur véritable cause, c'est-à-dire à ne pas confondre avec une coxalgie, un abcès ossifluent d'autre origine (ischion, grand trochanter, rachis, etc.), ou inversement. On évitera l'erreur si on examine attentivement tous les os voisins par la pression localisée, si on analyse exactement les mouvements communiqués à la hanche.

Traitement. — A toutes les périodes de la coxalgie, l'*immobilisation*

est la base du traitement. La résection précoce est définitivement condamnée.

Au début, lorsqu'il n'existe pas d'attitude vicieuse, l'extension continue est, quoi qu'on ait dit, une excellente méthode. Pour l'exercer, nous préférons la planche de Lannelongue à la gouttière de Bonnet. Sur la planche, en effet, la surveillance de l'ensellure lombaire est beaucoup plus aisée, la propreté est plus facile à maintenir, et l'appareil, aussi efficace, est bien moins dispendieux.

Certains chirurgiens préfèrent l'immobilisation dans un grand appareil plâtré prenant tout le membre inférieur, le bassin, et remontant à la base du thorax. On peut alors, mettant sous le pied du membre sain une semelle élevée de 7 à 8 centimètres, permettre la marche avec des béquilles : le pied malade ne pose pas ainsi sur le sol. On peut aussi appliquer un étrier de fer qui, étroitement relié à l'appareil plâtré, transmet les pressions du sol au bassin. Nous ne méconnaissons pas les services rendus par ces appareils, que pour notre part nous réservons plutôt au traitement de la convalescence, du moins comme appareil ambulatoire. Nous y sommes d'autant plus portés que les Américains, promoteurs de ce procédé, préfèrent aujourd'hui le repos. Pendant l'évolution de la maladie le grand spica plâtré a surtout l'avantage d'immobiliser admirablement la jointure tout en se prêtant au transport de l'enfant, que nous conseillons de laisser couché. Son inconvénient est de dérober la région à l'examen. Il convient donc, alors même que les conditions paraissent excellentes, de renouveler systématiquement l'appareil au moins tous les trois mois.

A cette période, le traitement est d'une grande efficacité : il enrayer presque toujours le mal et, s'il est institué pendant assez longtemps, il aboutit à la guérison presque sans raideur de la hanche. Mais, pour arriver au résultat avec certitude, il faut plusieurs mois d'immobilisation, puis plusieurs mois de convalescence : au total, au moins dix-huit mois avant de rendre le sujet à la liberté.

A la période des attitudes vicieuses, le redressement doit précéder l'immobilisation. On commencera par essayer l'extension continue, exercée avec soin et puissance. On sera averti qu'elle met souvent 2 ou 3 semaines pour agir. Souvent son effet sera complet. Mais souvent aussi elle sera insuffisante. Alors on procédera au redressement brusque sous le chloroforme. Nous pensons qu'on a attribué à tort à cette manœuvre certaines généralisations tuberculeuses, qu'en réalité elle n'est pas dangereuse. Mais on ne procédera pas avec trop de brutalité, ne fût-ce que pour ne pas rompre le fémur, souvent fragile dans ces conditions. Mieux vaut procéder par séances multiples, relativement douces, entre lesquelles on fera agir l'extension continue. Après redressement, il est possible que l'extension suffise à maintenir définitivement la correction. Mais il n'est pas rare que, malgré elle, l'ensellure tende à reparaitre. Alors le procédé de choix consiste à immobiliser la hanche dans le grand appareil plâtré dont nous parlions tout à l'heure. Quelquefois même, pour maintenir le résultat acquis, c'est à l'appareil plâtré qu'on devra recourir entre les séances successives de redressement sous le chloroforme.

L'extension et le redressement calment d'une façon remarquable les douleurs, souvent intenses à la période des attitudes vicieuses.

Les abcès seront traités d'abord par l'injection d'éther iodoformé, aussi tôt que possible. En cas d'échec, ils seront soumis à l'incision franche, suivie de l'extirpation de la poche et de l'évidement des points osseux cariés. Nous ne croyons pas que ce curetage, qui sera toujours une méthode d'exception, puisse jamais être « intégral », comme l'a prétendu Ménard, au point de permettre la réunion immédiate sans drainage. En fait, la persistance plus ou moins prolongée de fistules est la règle. Les abcès résiduaux ont coutume de guérir bien. Mais trop souvent les autres sont multiples, ne peuvent être enrayés et arrivent à cribler la région de fistules.

Dans ces conditions, on a parfois de bons résultats par le large débridement et le curetage des trajets fistuleux ; mais, surtout lorsque les foyers sont fessiers et lorsque les lésions cotyloïdiennes sont prononcées, la résection de la hanche peut être exceptionnellement indiquée pour permettre le drainage complet dans la profondeur. C'est une opération bien moins mauvaise, sans doute, pour l'accroissement ultérieur du membre, que la résection du genou ; mais ses résultats fonctionnels ont coutume d'être fort médiocres en raison de l'attitude vicieuse en adduction et de l'ascension presque inévitable du moignon luxé. On n'y songera donc qu'en dernier ressort, avant de recourir à la désarticulation de la hanche, quelquefois pratiquée avec succès dans des cas désespérés.

Pendant le traitement des abcès, l'appareil plâtré est inapplicable. D'autre part, les chirurgiens sont à peu près d'accord pour proscrire le redressement brusque pendant que la coxalgie suppure ; ou tout au moins avant que la suppuration ne soit réduite à quelques fistules insignifiantes. C'est donc à l'extension continue qu'on s'adressera ; mais la multiplicité des pansements ne lui permet pas d'être bien rigoureuse, et tout ce qu'on peut lui demander, c'est de ne pas laisser trop s'aggraver les attitudes vicieuses.

La terminaison habituelle de la coxalgie, lorsque le traitement convenable n'a été institué qu'à la deuxième période, est l'ankylose. C'est une terminaison heureuse si le membre est dans l'extension avec un peu d'abduction et de rotation en dehors. Mais l'ankylose en position vicieuse, avec flexion et adduction, provoque un raccourcissement fonctionnel, souvent énorme, incompatible avec la marche. Aussi bon nombre de ces sujets sont-ils voués au soulier orthopédique invraisemblablement surélevé ; ou même doivent-ils marcher avec des béquilles.

Le diagnostic entre l'ankylose complète et l'ankylose fibreuse capable d'être redressée n'est possible que sous le chloroforme. Dans tous les cas, donc, le malade sera endormi. Cela fait, on peut, de parti pris, aboutir à l'ostéoclasie ; quelquefois, en effet, cette fracture a été la conséquence involontaire des manœuvres et on en a eu de bons résultats, en sorte que l'on a proposé de généraliser cette pratique. Mais nous croyons que, grâce à l'antisepsie, l'ostéotomie doit constituer la méthode de choix. Elle seule permet, en effet, de régler à volonté le trait de fracture. De plus, pour les attitudes vicieuses fortement prononcées, si l'on veut corriger les trois déviations et

rendre au fémur un peu plus de longueur tout en laissant les fragments en contact par des surfaces suffisamment étendues, nous donnons nettement la préférence à l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne sur l'ostéotomie transversale. Le trait, oblique en bas et en dedans, se termine sur la face interne à environ 10 centimètres au-dessous du niveau du grand trochanter. L'ostéotomie est plus efficace et plus facile que la résection, parfois pratiquée dans les cas de ce genre. M. Nélaton combine les deux opérations.

III. — TUBERCULOSE SACRO-ILIAQUE

Anatomie pathologique. — L'articulation sacro-iliaque peut être envahie consécutivement à un mal de Pott lombo-sacré ou à des foyers tuberculeux primitifs des os qui la constituent. Sacrum et os iliaque sont touchés tous deux, celui-là généralement le premier et le plus profondément, au niveau surtout de son aileron, ce qu'explique sa structure. La forme pathologique la plus commune étant la carie, il se coupe et s'érase facilement. Il n'est pas rare non plus de le trouver creusé de cavernes ou de tubercules enkystés. Souvent il contient des séquestres « en grelot » (Gangolphe). A une période avancée, l'articulation est remplie de fongosités et quelquefois de pus, elle peut contenir des séquestres. Les cartilages sont décollés, ulcérés, détruits. Les ligaments résistent mieux. L'interosseux surtout suffit à maintenir la solidité de l'article, qui est au contraire perdue dans les cas exceptionnels où la destruction de ces faisceaux est complète, s'il n'y a pas, comme l'a vu Lannelongue, une sclérose, une induration intense des parties molles voisines ou des jetées osseuses périphériques réunissant les deux os. Quand un déplacement tend à se faire, l'os iliaque se porte un peu en arrière et en haut. L'envahissement fréquent de toute l'épaisseur du sacrum a pour conséquence celui du canal sacré et des nerfs de la queue de cheval, soit dans le canal, soit à leur émergence rachidienne.

Les ganglions lombaires sont presque toujours pris.

Le péritoine est parfois, au voisinage du foyer, couvert de granulations.

Il y a assez fréquemment, dans les périodes avancées, de la phlegmatia des veines iliaques.

Les abcès sont de deux ordres : *postérieurs* ou *extra-pelviens*, *antérieurs* ou *intra-pelviens* (Erichsen). Les abcès postérieurs peuvent remonter dans la masse commune, mais ces abcès lombaires sont rares; assez souvent, la poche reste sessile contre l'articulation; mais d'habitude elle perfore les fessiers et fait saillie sous la fesse; elle peut descendre enfin à la face postérieure de la cuisse jusqu'au creux poplité en suivant le sciatique. Les abcès antérieurs sont plus variés encore. Nés au-dessus du détroit supérieur, ils pénètrent dans la gaine du psoas et arrivent à l'aîne comme les abcès du mal de Pott; parfois ils remontent dans l'intérieur de la gaine, à quelque distance au-dessus de la lésion. Nés au-dessous du détroit supérieur, ils diffèrent suivant que leur point d'origine est interne, correspondant à la face antérieure du sacrum, ou externe, placé en avant de l'échancrure sciatique. Dans le premier cas, ils envahissent l'espace pelvi-rectal

supérieur, traversent parfois le releveur, et font saillie dans la fosse ischio-rectale ou devant le coccyx; parfois ils s'ouvrent dans le rectum. Dans le deuxième cas, ils quittent le bassin par la grande échancrure et gagnent, comme les abcès extra-pelviens, la loge postérieure de la cuisse.

Étiologie. — L'adolescent est beaucoup plus souvent frappé que l'enfant. Gouilloud, dans sa thèse inspirée par Ollier, l'explique par les dates de l'ossification du bassin. Dans une première période — prépubertique — c'est autour du cartilage en Y que l'activité circulatoire est maxima, et que les lésions inflammatoires ou tuberculeuses sont le plus répandues. Après la puberté, c'est, au contraire, à la périphérie du bassin que s'observent plus fréquemment ces manifestations, correspondant au travail qui s'opère au niveau ou au voisinage des points complémentaires.

Symptômes. — Le début est lent, insidieux, souvent marqué par des douleurs lombaires, fessières ou autres, augmentées par l'exercice, calmées par le repos, intermittentes et légères d'abord, tenaces ensuite. En même temps, on observe une claudication différente à certains égards de celle de la coxalgie. L'examen local démontre que la marche est hésitante, se fait avec inclinaison du tronc en avant. L'oscillation du membre inférieur sain est plus rapide, pour laisser le malade supporter moins longtemps le poids du corps. La station verticale se fait dans l'attitude hanchée du côté sain, c'est-à-dire que le côté correspondant du bassin est plus élevé, ce que démontre le trochanter plus saillant. Du côté malade, le membre inférieur est en abduction, fléchi à la hanche et au genou.

Dans le décubitus, spontanément l'enfant se couche sur le dos ou sur le côté sain. Le côté malade paraît allongé, ce qui tient à son abduction, mais il n'est pas fléchi, il n'y a pas d'ensellure et les mouvements de la hanche sont absolument libres et indolents. Au niveau de la région sacro-iliaque, on peut trouver un peu de gonflement dû à la contracture de la masse commune et du grand fessier ou de l'atrophie de ces muscles. La pression est douloureuse au niveau de l'interligne et des extrémités osseuses voisines de l'articulation, dont on peut ainsi déterminer les parties malades. Le toucher rectal développe la même sensibilité sur la face antérieure de l'articulation. Enfin la pression parallèle sur les deux crêtes iliaques réveille la souffrance au niveau de la jointure, mais ce signe peut manquer. L'examen minutieux de la région par l'exploration externe et le toucher rectal permet seul de reconnaître la formation des abcès qui restent d'ordinaire latents pendant une assez longue période. La guérison, toujours lente, s'accompagne d'ordinaire d'ankylose et d'atrophie du sacrum, ce qui ajoute à tous les dangers de la tuberculose ostéo-articulaire ceux d'un rétrécissement pelvien par bassin oblique ovalaire, d'autant plus à craindre que l'enfant est frappé plus jeune.

Diagnostic. — Le diagnostic avec la coxalgie est lié à l'examen systématique du squelette, qui doit être fait région par région chez tous les enfants qui accusent des phénomènes douloureux ou présentent de la claudication. On reconnaîtra ainsi le mal dès le début. A la période d'abcès, se sera encore le seul moyen de rapporter la suppuration à sa véritable origine.