

L'ostéite tuberculeuse peut se rencontrer encore sur d'autres points épiphysaires du bassin, les épines iliaques, le pubis, l'ischion, dont l'ossification se fait un peu plus tard et dont la réunion complète n'a lieu que vers vingt-cinq ans. Pour les raisons que nous venons d'indiquer la tuberculisation n'évoluera dans ces portions osseuses que plus tardivement à celle de la cavité cotyloïde, et s'observera surtout pendant l'adolescence jusque vers la vingtième année.

Nous avons fait t. I, p. 527, une étude assez détaillée de la manière dont évoluent les tubercules dans le tissu osseux pour ne pas y revenir ici; la formation du pus, la production des séquestres, des stalactites osseuses périphériques, l'établissement des fistules sont toujours les mêmes; il ne nous reste qu'à signaler les accidents spéciaux que la nature de la région, la proximité des organes voisins peuvent produire.

Le pus profondément situé sous les masses musculaires ne gagne l'extérieur qu'en passant dans les gaines aponévrotiques des muscles qui s'insèrent au niveau ou au pourtour du foyer suppuré. Ces abcès par congestion viendront donc se faire jour au périnée, à la fesse, dans la partie supérieure de la cuisse suivant que l'ischion, l'ilion ou le pubis seront atteints. D'autres fois encore ce sera vers l'intérieur du bassin que la fusée se fera par la gaine de l'obturateur interne, ou celle du pyramidal; d'autres fois encore si les tubercules se sont développés dans l'épaisseur de l'aile iliaque, une poche purulente pourra se trouver d'une part sous les muscles fessiers et sous le muscle iliaque, les deux foyers communiquant à travers l'os perforé. Quand le bourrelet cotyloïdien est envahi par les tubercules, l'affection pourrait être au début confondue avec une coxalgie. Nous reviendrons sur ce point.

Contrairement à la marche des ostéites tuberculeuses (v. t. I, p. 530) les ostéites d'origine infectieuse générale, de même que les ostéites suite de granulie aiguë, sont accompagnées d'une réaction très vive; elles débutent par des frissons, les douleurs sont vives à la pression du point malade, la tuméfaction de la région est considérable. La fièvre intense, les phénomènes gastriques, le délire, l'état comateux indiquent une infection totale de l'économie par des produits septiques. Souvent le malade succombe avant l'ouverture du phlegmon, et s'il résiste, une fistule osseuse s'établit et dure jusqu'à l'élimination totale des parties cariées ou nécrosées.

En général les suppurations dues aux ostéites tuberculeuses du bassin sont au contraire longues à se manifester au dehors, les fistules persistent et sont intarissables. Les séquestres éliminés peuvent blesser la vessie; on en a vu qui, après y avoir pénétré et y avoir séjourné, avaient fini par devenir le noyau de calculs. Quand c'est le rectum qui est blessé par les fragments osseux mortifiés, ils peuvent être expulsés pendant la défécation, mais toujours une fistule stercorale est la conséquence de leur pénétration dans l'intestin. Toutes ces complications entraînent,

on le comprend, des désordres graves et presque toujours mortels.

Traitement. — Nous n'insisterons que fort peu sur le traitement des ostéites tuberculeuses du bassin, il est celui de toutes les affections de même nature, nous l'avons exposé, t. I, page 538; comme toujours il devra s'adresser surtout à l'état général dans le but de rendre le terrain impropre à l'évolution bacillaire. L'ouverture des collections purulentes des abcès par congestion se fera par les moyens antiseptiques sur lesquels nous avons insisté, et s'il est possible on ira à la recherche du foyer primitif qu'on débarrassera par la curette et dont on enlèvera tous les éléments nécrobiosés. S'agit-il au contraire d'ostéites phlegmoneuses, septiques, l'on devra dès le début aller à leur recherche, évacuer le pus en débridant le périoste, employer avec insistance les lavages antiseptiques et soutenir les forces du malade par les toniques de toute nature.

2° *Arthrite sacro-iliaque, sacro-coxalgie.* — L'arthrite sacro-iliaque est toujours la conséquence de la tuberculisation du sacrum ou des surfaces articulaires correspondantes des os iliaques. La nature de cette symphyse dans laquelle la synoviale est réduite à son minimum ne permet guère d'admettre une tuberculose primitive de la séreuse, aussi est-ce toujours par extension de tuberculose osseuse que la sacro-coxalgie se développe. On a voulu faire intervenir dans la production de cette affection tantôt la diathèse rhumatismale, tantôt la blennorrhagie, mais en analysant soigneusement les observations on s'aperçoit que toujours l'arthrite sacro-iliaque évolue comme une arthrite tuberculeuse. Dans quelques cas cependant on peut admettre une origine indépendante de la tuberculose et reliée soit à la puerpéralité, soit à une septicémie généralisée. Toujours alors ce sont des microbes pyogènes, transportés par les voies veineuses ou lymphatiques, qui déterminent la sacro-coxalgie, comme du reste ils peuvent infecter l'économie tout entière et donner naissance à des suppurations dans tous les tissus connectifs du corps.

Toutes les arthrites dues à la tuberculisation des os en contact évoluent de la même manière; je renvoie donc le lecteur au t. I, page 602, et me borne à indiquer ici les caractères particuliers qui appartiennent à la sacro-coxalgie.

Les trousseaux fibreux interposés entre les portions non diarthrodiales de l'articulation, les fibro-cartilages, les ligaments périphériques, se détruisent successivement; les surfaces osseuses peuvent donc alors se déplacer ou jouer d'une manière anormale l'une par rapport à l'autre. Le sacrum repoussé en avant, du côté malade, prend une position légèrement oblique que l'on constaterait sans difficulté si le gonflement des parties molles, les abcès développés dans le voisinage ne masquaient ce déplacement. Les productions périostiques de nouvelle formation, les jetées osseuses étendues d'une surface à l'autre déterminent l'ankylose

articulaire, de telle sorte que souvent à une mobilité exagérée succède une véritable soudure osseuse. Des abcès, des fusées purulentes se produisent soit en arrière le long de la crête sacrée, soit vers la cavité pelvienne, et dans ce dernier cas ils gagnent la fosse iliaque et le périnée.

Le pus peut fuser dans la cuisse en passant par l'échancrure sciatique et en longeant le nerf sciatique. Il peut encore pénétrer dans le canal sacré et déterminer une méningite spinale ascendante, rapidement mortelle.

Quand le malade résiste à toutes ces chances de mort, quand la longue suppuration ne le jette pas dans le marasme ou que l'infection putride ne l'enlève pas, les jetées osseuses périphériques deviennent de plus en plus solides, le foyer tuberculeux se vide, se tarit, et l'articulation ankylosée reste dans la position vicieuse qu'elle a prise si les soins du chirurgien n'ont pas réussi à la rectifier.

De même que la coxalgie avec laquelle on la confond souvent, l'arthrite sacro-lombaire débute lentement, la douleur sourde, gravative, augmente par la pression, aussi la station debout, la marche l'augmentent-elles, tandis que le relâchement musculaire dans la position horizontale la diminue. Quand des filets nerveux sont comprimés par les abcès ou que leur névrilème est gonflé ou altéré par le pus au milieu duquel ils cheminent, les douleurs sont plus vives, lancinantes et suivent le trajet des nerfs, du côté de l'abdomen ou de la cuisse. Le malade boite en marchant pour éviter la douleur provoquée par la pression; la crête iliaque est relevée, ce qui fait paraître le membre inférieur raccourci; mais il suffit de chloroformer le malade pour constater que les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont toujours possibles et que la lésion existe dans la symphyse sacro-iliaque.

La partie postérieure de la fesse est gonflée quand un abcès périphérique se trouve au-dessous des masses musculaires; elle est au contraire aplatie quand les muscles sont amaigris et stéatosés par l'immobilité forcée du membre inférieur. On comprend combien il est souvent difficile de distinguer une sacro-coxalgie d'avec les ostéites pelviennes développées au voisinage de la symphyse sacro-iliaque; on peut même la confondre avec le psoriasis, bien que la position de flexion avec rotation en dedans que le malade fait prendre à sa cuisse pour relâcher le psoas soit presque caractéristique dans cette dernière affection.

Traitement. — On combattra les douleurs, on immobilisera l'articulation par la gouttière de Bonnet et mieux encore par le corset de Sayre qui permet en même temps de redresser la position vicieuse contractée par le malade. Des faits connus prouvent que la sacro-coxalgie peut, dans quelques conditions, guérir sans abcès par transformation crétacée des masses tuberculeuses, aussi recommande-t-on l'usage énergique des révulsifs, des cautérisations ponctuelles, ou en raies.

Les abcès ossifluents seront traités comme toujours (voir t. I, page 616) par les injections antiseptiques répétées, l'extraction des séquestres, le râclage des foyers, etc., etc.

3° *Ostéo-sarcome du bassin.* — Les ostéo-sarcomes de la ceinture pelvienne se développent primitivement sur les ailes iliaques, bien qu'on en ait rencontré sur le pubis et le sacrum; c'est une affection qui appartient surtout à l'âge moyen de la vie, dans les deux sexes. L'accouchement agit chez la femme comme tous les traumatismes et donne chez celles qui sont prédisposées aux néoplasies sarcomateuses un coup de fouet à l'évolution de la tumeur. La néoplasie osseuse peut être encore secondaire et due à la propagation d'un sarcome utérin (voir t. I, p. 521).

Le sarcome de l'os iliaque n'est jamais pédiculé, sa base largement implantée s'étend sur la surface osseuse gonflée, raréfiée et devenue friable au pourtour de la néoplasie. Plus tard seulement elle fait une saillie arrondie, couverte de petites bosselures; elle est dure et peut contenir des parties ramollies dans lesquelles on constate de la fluctuation. Des trabécules osseuses, restes de l'os sain non envahi encore, ou produits d'ossification des tractus fibreux néoformés, traversent l'épaisseur de la tumeur ou en constituent la coque. On doit par conséquent percevoir sous les doigts la sensation de crépitation parcheminée sur laquelle nous avons dû insister à plusieurs reprises en étudiant les néoplasies osseuses en général.

La tumeur peut atteindre le volume d'une tête d'enfant. Sa base élargie, infiltrée dans le tissu osseux, peut s'étendre jusqu'au bourrelet cotyloïdien, et même envahir l'articulation et la tête du fémur qui souvent se fracture spontanément.

La tumeur comprime les vaisseaux et les nerfs de la région, la propagation des douleurs et l'œdème dû à la gêne circulatoire varient suivant que la masse sarcomateuse est développée sur la face externe ou la face interne des os. Dans ce dernier cas la tumeur est intrapelvienne et comprime les organes abdominaux.

Comme toujours quand il s'agit de tumeurs sarcomateuses, les ganglions sont rarement pris et la néoplasie ne se généralise pas par la voie lymphatique. Mais des éléments néoplasiques transportés par la voie veineuse vont assez souvent infecter les organes, les poumons surtout; le malade succombe alors à des pneumonies, à des épanchements purulents, à des péritonites, etc. Lorsque ces complications ne se manifestent pas, la cachexie s'établit au bout de quelques mois et le malade meurt épuisé par le marasme.

En raison même de l'infiltration d'une large surface osseuse par sa base d'implantation, l'ostéo-sarcome n'est guère justiciable d'une ablation chirurgicale, il faudrait enlever une portion d'os trop considérable pour que des éléments néoplasiques ne soient pas laissés, aussi la récidive sur place est-elle presque fatale. C'est donc aux palliatifs, aux

calmants que sera réduit le traitement; on combattra les douleurs, on s'efforcera de diminuer l'œdème, etc.

4° *Fibromes*. — Les fibromes pelviens toujours plus ou moins kystiques sont rares, ils se trouvent surtout, ainsi qu'on l'a fait remarquer à juste titre, au niveau des points où les aponévroses musculaires se continuent avec le périoste (voir t. I, p. 527). Quand par la compression qu'ils exercent sur les viscères ils compromettent la vie, quand de plus ils sont accessibles sans trop de délabrements, on doit les extirper.

5° *Enchondromes*. — Ces tumeurs siègent toujours soit en avant au niveau des branches ischio-pubiennes soit en arrière auprès de la symphyse sacro-iliaque. Dures au début comme tous les enchondromes, elles subissent plus tard la transformation kystique (voir t. I, p. 413 et 545) et se ramollissent par places.

Les enchondromes pelviens atteignent souvent des dimensions énormes; quand ils siègent en avant, ils envahissent le haut de la cuisse ou la région inguino-crurale; lorsqu'au contraire c'est sur le sacrum ou les parties voisines de l'os iliaque qu'ils sont implantés, ils remplissent successivement le bassin, déplacent et compriment les viscères.

L'extirpation a été tentée quelquefois, elle est toujours pénible et longue, mais les quelques succès obtenus doivent encourager les chirurgiens à la tenter.

6° *Ostéomes*. — Moins volumineux que les enchondromes, les ostéomes dépassent rarement le volume d'une orange; ces tumeurs ont les mêmes sièges de prédilection que les précédentes; (voir t. I, p. 419 et 546).

Les exostoses pelviennes développées sur le pubis ou l'ischion envahissent la région inguino-crurale, et n'accusent leur présence que par les douleurs que provoque la compression des nerfs voisins. Les exostoses intra pelviennes qui ont leur siège sur le sacrum et à son voisinage gênent ou entravent la défécation et la miction, mais surtout elles deviennent une cause de dystocie en rétrécissant les diamètres du bassin.

On a enlevé avec succès un certain nombre d'ostéomes, dans quelques cas on a noté une récidive, ce qui me porte à croire qu'il s'agissait alors de tumeurs malignes plus ou moins infiltrées de sels calcaires.

7° *Kystes hydatiques*. — On peut les trouver sur toute l'étendue du pelvis, mais c'est surtout dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale qu'ils ont été signalés, aussi envahissent-ils l'articulation, le fémur; ils peuvent gagner en arrière le sacrum, remonter par les trous sacrés dans le canal rachidien en détruisant de proche en proche les os et les tissus mous (voir t. I, p. 550).

CHAPITRE VIII. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DU MEMBRE SUPÉRIEUR.

ARTICLE PREMIER. — AFFECTIONS DE L'ARC CLAVICULO-SCAPULAIRE

La clavicule et l'épine de l'omoplate forment par leur ensemble un arc-boutant curviligne qui maintient le membre supérieur écarté des parois latérales du tronc. Cet écartement détermine un creux triangulaire à base inférieure, le creux axillaire. L'arc-boutant est divisé en deux parties par l'articulation acromio-claviculaire, qui permet ainsi à ses deux moitiés de se plier sous un certain angle à sinus inférieur, quand l'extrémité supérieure de la tête humérale poussée de bas en haut vient la heurter. Le fibro-cartilage épais, élastique, interposé entre l'acromion et l'extrémité externe de la clavicule, divise la force et la répartit entre le bras de levier antérieur, clavicule, et le bras de levier postérieur, épine scapulaire. Le premier très dense, très compact, plié en S, d'autant plus résistant qu'il est plus courbé, comme toute colonne courbe, comparée à une colonne droite de même diamètre et de même nature, est fixé par son extrémité externe, aplatie sur la coracoïde contre laquelle il est maintenu par des ligaments puissants, conoïde et trapézoïde, qui cependant permettent un peu de jeu entre les deux surfaces osseuses. L'extrémité interne de ce levier claviculaire s'appuie contre le sternum avec lequel il s'articule par une articulation en selle, dans laquelle peuvent se produire des mouvements d'élévation et d'abaissement (flexion et extension), des mouvements en avant et en arrière (adduction et abduction) et un mouvement combiné des quatre précédents, circumduction. En effet, lorsque la tête humérale élevée est arrivée dans un plan qui fait un angle droit avec le plan vertical du corps, ses tubérosités rencontrent la voûte acromiale et le mouvement quel qu'il soit est arrêté mécaniquement. C'est alors qu'intervient l'arc-boutant scapulo-claviculaire, la force se transmet suivant les deux leviers osseux qui le constituent, et c'est dans l'articulation sterno-claviculaire que se passent tous les mouvements du membre supérieur dès que celui-ci tend à dépasser l'horizontale.

Il ne faut pas perdre de vue que le bras de levier postérieur, scapulaire, suit le mouvement, il est relié par des lames aponévrotiques, plus mobiles par conséquent que si elles étaient osseuses, aux apophyses épineuses du rachis. En raison de l'existence des lames osseuses annexées à l'épine de l'omoplate, fosses sus- et sous-épineuses, il se produit alors dans le scapulum un mouvement tel que si sa partie supérieure se trouve repoussée vers la colonne rachidienne, son extrémité inférieure est portée en avant (mouvement de sonnette). L'existence de tous ces mouvements du scapulum explique pourquoi celui-ci n'est pas, et ne saurait pas être en relation articulaire avec les parois thoraciques, et pourquoi entre lui et ces parois il existe une lame de tissu connectif