

De la sacro-coxalgie / par E. Delens.

Contributors

Delens, Émile.
Giraldès, Joachim Albin Cardozo Cazado, 1808-1875
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : Adrien Delahaye, 1872.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/ze62qzur>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

0

4

SACRO-COXALGIE

DE LA

SACRO-COXALGIE



PAGE

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON

1883

SACRO-COXALGIE

PAR LE D^r E. T. DELEME

Spécialité de la Société de Médecine et de Chirurgie de Paris

DE LA

SACRO-COXALGIE



PARIS

chez M. DEBAYLE, Libraire-Éditeur

1852

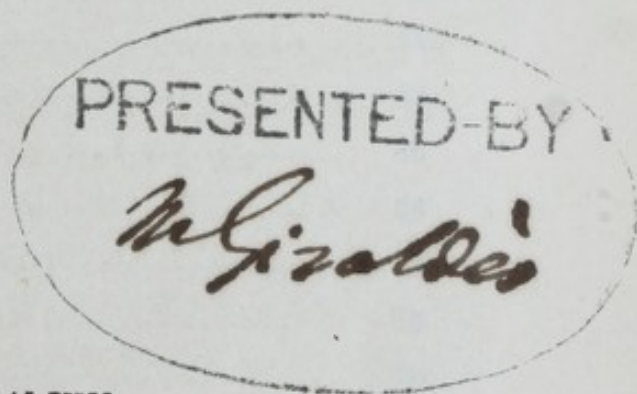
1852

4
DE LA

SACRO-COXALGIE

PAR LE D^r E. DELENS

Prosecteur de la Faculté de médecine de Paris,
Ancien interne des hôpitaux.



~~~~~  
AVEC 2 PLANCHES INTERCALÉES DANS LE TEXTE.  
~~~~~

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1872

DE LA

SACRO-COXALGIE

PAR LE D. E. DELENS

Thésaurus de la Faculté de médecine de Paris,
Ancien interne des hôpitaux

PRESENTED BY

W. Richardson



AVEC 2 PLANCHES INTERCALÉES DANS LE TEXTE.

PARIS

ARHIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

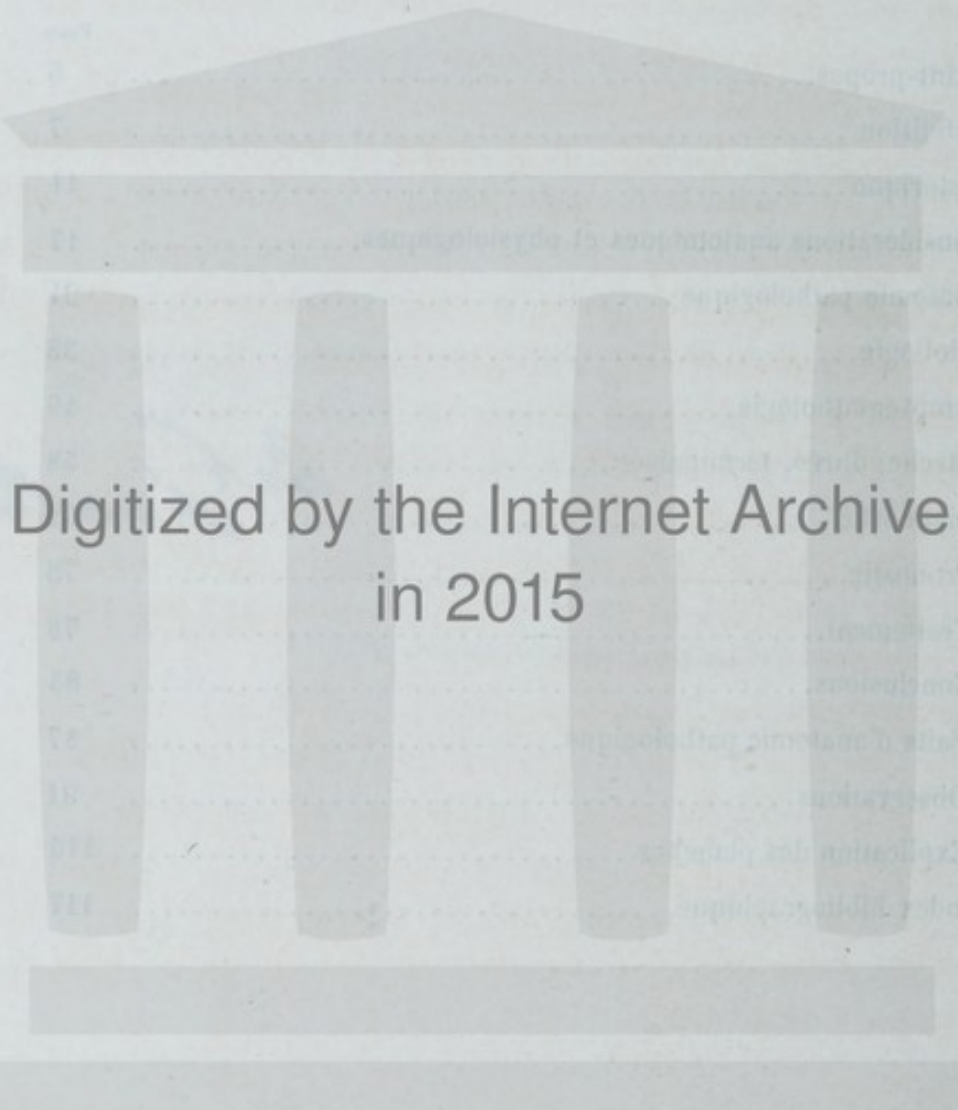
PLAGE DE L'ÉCOLE - DE MÉDECINE

1875

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
Avant-propos.....	5
I. Définition.....	7
II. Historique.....	11
III. Considérations anatomiques et physiologiques.....	17
IV. Anatomie pathologique.....	24
V. Etiologie.....	38
VI. Symptomathologie.....	46
VII. Marche, durée, terminaison.....	58
VIII. Diagnostic.....	62
IX. Pronostic.....	75
X. Traitement.....	78
Conclusions.....	85
Faits d'anatomie pathologique.....	87
Observations.....	91
Explication des planches.....	116
Index bibliographique.....	117

TABIE DES MATIERES



Digitized by the Internet Archive
in 2015

AVANT-PROPOS.

La sacro-coxalgie est une affection mal connue. Elle n'a été l'objet jusqu'à ce jour que d'un petit nombre de travaux. La plupart des auteurs n'en parlent qu'incidemment, à propos du diagnostic différentiel de la coxalgie, avec laquelle elle offre une certaine ressemblance. Beaucoup semblent ne l'avoir jamais observée par eux-mêmes.

Nous nous étions proposé, en commençant ce travail, de réunir toutes les observations publiées sur ce sujet, de les comparer, de les reproduire, au besoin, et d'en extraire tout ce qui pourrait nous servir à reconstituer en quelque sorte l'histoire de la maladie.

Malheureusement, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que les observations qui existent dans la science ne sont ni assez nombreuses ni suffisamment complètes, dans la plupart des cas, pour permettre ce genre de travail. Les auteurs mêmes qui ont écrit sur la sacro-coxalgie ne nous ont pas toujours donné l'observation détaillée des faits sur lesquels ils s'appuient.

Un travail de statistique rigoureux est donc impossible avec les documents que nous possédons. Nous avons dû, en conséquence, nous borner à reprendre l'histoire de la sacro-coxalgie, à la compléter et à chercher si les faits plus récents confirment ce qui a été écrit sur ce sujet.

Nous nous sommes appliqué surtout à classer dans un ordre méthodique les différents chapitres de ce travail, et à

faire rentrer dans chacun d'eux les détails notés dans les observations que nous avons entre les mains.

Le nombre des observations que nous reproduisons n'est pas très-considérable; il s'élève à une vingtaine environ, sur lesquelles six sont inédites. Nous aurions pu en augmenter facilement le nombre; mais nous avons préféré ne donner que les observations assez complètes pour servir utilement à l'histoire de la maladie et nous contenter de citer celles qui sont incomplètes ou douteuses, en indiquant les moyens de remonter aux sources.

Les deux planches jointes à ce travail reproduisent, outre quelques détails anatomiques de l'articulation sacro-iliaque, les deux seules pièces du musée Dupuytren relatives à la sacro-coxalgie. Le musée du Val-de-Grâce n'en renferme aucune, et nous avons inutilement cherché dans les ouvrages d'anatomie pathologique une planche qui figurât les lésions de cette affection.

DE LA SACRO-COXALGIE

I

Le mot de *sacro-coxalgie*, employé pour la première fois, en France, par Larrey, a aujourd'hui un sens précis en chirurgie.

L'affection qu'il désigne a aussi été appelée *arthropathie sacro-iliaque*. Les Anglais se servent de l'expression analogue de *sacro-iliac disease*.

Les auteurs allemands ont quelquefois substitué au mot sacro-coxalgie celui de *sacrarthroscace* qui a le défaut d'une consonnance désagréable et indique moins bien le siège de la lésion.

Le mot sacro-coxalgie rappelle à l'esprit, et c'est peut-être un avantage, l'idée d'une affection beaucoup mieux connue, la coxalgie, avec laquelle la maladie que nous avons à étudier a été, comme nous le verrons, souvent confondue.

DÉFINITION.

La sacro-coxalgie est, dans son acception la plus rigoureuse, la *tumeur blanche* de l'articulation sacro-coxale ou sacro-iliaque.

Elle est, pour cette articulation, ce qu'est la coxalgie pour l'articulation coxo-fémorale, c'est-à-dire un ensemble de lé-

sions complexes portant sur les cartilages, les ligaments et les os, se développant, le plus souvent, sous l'influence d'une cause interne et affectant ordinairement une marche chronique.

Si l'on s'en tenait à l'étymologie, la sacro-coxalgie devrait comprendre toutes les affections douloureuses de l'articulation sacro-iliaque, ce qui serait contraire au sens que l'on attribue d'habitude à ce mot. Il y a certainement des cas dans lesquels l'articulation sacro-iliaque est passagèrement affectée, sans qu'on puisse dire, pour cela, qu'il y a sacro-coxalgie. D'autre part, si l'on attachait une importance exagérée à cette idée que la sacro-coxalgie appartient à la classe des tumeurs blanches, et que celles-ci supposent nécessairement l'existence de lésions graves des parties constituantes de l'articulation, on arriverait à refuser ce nom à des affections qui sont en réalité des sacro-coxalgies au début, et que le repos, un traitement approprié ou toute autre cause, ont arrêtées dans leur développement.

Nous croyons donc que parmi les affections inflammatoires de l'articulation sacro-iliaque, il n'y a que les arthrites aiguës succédant à un traumatisme considérable, à une fièvre puerpérale ou à une infection purulente qui doivent être rejetées de la classe des sacro-coxalgies.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que les lésions articulaires, ainsi que l'ont montré Lugol et M. Bazin, alors même qu'elles se développent à la suite d'un traumatisme léger ou d'une autre cause occasionnelle, sont presque toujours sous la dépendance d'une diathèse. Le plus souvent il s'agit de la scrofule, et la cause extérieure n'a été que le prétexte. Il faut, en un mot, dans cette classe d'affections, toujours tenir compte de la question de terrain.

FRÉQUENCE.

Si l'on considère le petit nombre de travaux dont la sacro-coxalgie a été l'objet, on doit être porté à penser que c'est une affection singulièrement rare.

Cette conclusion, cependant, ne nous paraît pas exacte. Sans doute, la fréquence de la sacro-coxalgie n'est en rien comparable à celle de la coxalgie; mais la première de ces affections s'offre encore de temps en temps à l'observation, et si les chirurgiens qui ont précédé notre époque n'en ont pas plus souvent parlé, c'est que, le plus ordinairement, ils l'ont méconnue.

Il est impossible d'exprimer par des chiffres le degré de fréquence de la sacro-coxalgie. Crocq, sur 140 cas de tumeurs blanches des différentes articulations, n'a noté qu'un cas de sacro-coxalgie, contre 43 cas de coxalgie. Mais ces chiffres portent sur un nombre relativement trop peu considérable de tumeurs blanches.

Erichsen, qui en a observé 5 cas, 3 à l'hôpital et 2 dans sa pratique particulière, la considère comme une maladie comparativement rare.

D'autres observateurs, M. Gosselin, M. H. Larrey paraissent, d'autre part, l'avoir rencontrée un assez grand nombre de fois.

Pour entreprendre un travail vraiment sérieux de statistique sur ce sujet, il faudrait avoir recueilli non-seulement un certain nombre de cas de sacro-coxalgie, mais pouvoir en comparer le chiffre au chiffre total des cas de tumeurs blanches des autres articulations qui se seraient présentés dans le même temps, dans la pratique des hôpitaux et dans celle de la ville.

° Ce travail, fût-il exécuté, serait encore d'une utilité plus théorique que réelle.

Nous pensons donner une idée suffisamment exacte du degré de fréquence de l'affection en disant que, dans le cours de ce travail, nous avons eu connaissance de quatre cas, au moins, de sacro-coxalgie bien constatée, actuellement en traitement dans les divers services des hôpitaux de Paris.

Quant au nombre total des observations que nous avons consultées, nous n'essaierons pas de l'indiquer, non pas qu'il soit très-considérable, mais parce que certaines de ces observations nous laissent des doutes sur l'exactitude du diagnostic et que, d'autre part, un bon nombre de faits positifs indiqués par les auteurs n'ont pas été publiés et ne sauraient figurer dans une statistique régulière.

II

HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIE.

L'histoire de la sacro-coxalgie est de date moderne. Cette affection n'avait pas attiré l'attention des observateurs avant la fin du siècle dernier, ou du moins, elle n'avait pas été décrite à part.

Tout ce qu'on trouve dans les anciens auteurs, relativement à la pathologie de l'articulation sacro-iliaque se rapporte au relâchement des symphyses chez les femmes enceintes ou aux lésions consécutives à l'accouchement. C'est ainsi que, dès l'époque d'Hippocrate, l'écartement des os du bassin, au moment du premier accouchement, était signalé et considéré même comme un fait habituel.

A une époque plus rapprochée de nous, Ambroise Paré avait nié, il est vrai, cet écartement des symphyses, mais il reconnut plus tard son erreur et dut se rendre à l'évidence, comme le rapporte Louis dans son mémoire. Presque tous les accoucheurs, depuis cette époque, se sont occupés de cette question, et, de nos jours, elle a donné lieu, de leur part, à quelques travaux importants.

Mais l'étude de la sacro-coxalgie, c'est-à-dire de la tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque, ne date en réalité que de Boyer.

Louis, dans son travail (*Mém. de l'Acad. de chir.*, éd. Didot, tome X) sur l'*écartement des os du bassin*, a réuni la plupart des faits de relâchement des symphyses, et y a joint quelques observations de lésions de l'articulation sacro-iliaque, telles

que celles de Philippe, de Chartres, dans lesquelles le traumatisme était intervenu comme cause déterminante. Ce n'était pas là, encore, il faut le dire, des faits de sacro-coxalgie, bien que quelques-uns aient été parfois cités comme tels.

Nous ne pouvons, non plus, attribuer à la longue observation de L'Héritier, publiée dans le journal de Fourcroy, t. IV, p. 236, l'importance qu'on lui a donnée depuis, et nous ne pouvons guère y voir autre chose qu'un exemple de coxalgie terminée par ankylose et suivie, peut-être, d'une mobilité anormale de l'articulation sacro-iliaque du côté correspondant.

Nous n'avons rien trouvé, dans les œuvres de Desault, qui se rapporte à la sacro-coxalgie, bien que ce chirurgien soit cité habituellement comme ayant, un des premiers, signalé la maladie.

Il faut arriver au grand ouvrage de Boyer pour trouver une description véritable de cette affection. On a généralement méconnu les droits de Boyer à la priorité sur cette question, sans doute parce qu'il n'a pas décrit à part cette lésion dont il avait cependant reconnu la nature, et dont il donne un tableau symptomatologique exact. En effet, le chapitre dans lequel il en parle, a pour titre: *De l'écartement des os du bassin* (*Traité des malad. chirurg.* t. IV, 3^e éd. 1821.); mais, après avoir décrit le relâchement des symphyses chez les femmes enceintes, Boyer donne la description des affections chroniques de l'articulation sacro-iliaque, avant de passer à celle des luxations traumatiques du sacrum sur l'os des îles qui termine le chapitre.

Le paragraphe consacré à l'affection qui nous occupe est donc, en quelque sorte, comme perdu entre deux autres dont l'intérêt ne saurait être contesté; et c'est pour cela, sans doute, qu'il passa presque inaperçu. Mais Boyer dit expressément que l'affection qu'il décrit lui paraît d'*origine scrofuleuse* et qu'elle offre une analogie frappante avec celle qu'il

décrira plus tard sous le nom de luxation symptomatique du fémur. Les noms de coxalgie et de sacro-coxalgie n'avaient pas encore cours dans la science, mais on voit que Boyer avait parfaitement saisi la ressemblance de ces deux maladies.

Quelques années plus tard, en 1824, Velpeau publiait dans les *Archives de médecine*, un mémoire dans lequel il attirait l'attention sur les suppurations de l'articulation sacro-iliaque qu'il avait observées chez des femmes, à la suite de l'accouchement, et dont il faisait le point de départ des autres suppurations constatées à l'autopsie.

On a eu le tort de ranger, plus tard, ces faits au nombre de ceux qui appartiennent à l'histoire de la sacro-coxalgie ; ce ne sont, en réalité, que des suppurations métastatiques de l'articulation chez des femmes mortes de fièvre puerpérale. Mais, plus tard, Velpeau, dans ses cliniques, décrivit la véritable sacro-coxalgie, et c'est à un de ses internes que nous devons une des bonnes monographies de cette affection.

La *Clinique chirurgicale* de Larrey (t. III, 1829), renferme un chapitre sur la *sacro-coxalgie*. C'est la première fois que nous trouvons cette expression dans un ouvrage français. L'affection y est décrite brièvement et rapprochée des tumeurs blanches des autres articulations.

L'article publié en 1833, par M. Laugier, dans le Dictionnaire en 30 volumes (t. V, *Bassin*), et dans lequel l'affection est décrite sous le nom de *tumeur blanche de l'articulation*, est un de ceux qui ont le plus contribué à faire connaître la sacro-coxalgie, et à partir de cette époque l'existence de cette maladie devint un fait notoire.

Hahn, la même année, publiait en Allemagne (Ueber die Sacro-coxalgie, — *Allgemeine medicinische central-Zeitung*, 1833), la première monographie importante sur ce sujet.

Elle fut analysée l'année suivante (avril 1834), dans les *Archives de médecine*, par le D^r Chambeyron. C'est un travail évidemment très-complet, et que nous regrettons de n'avoir pu nous procurer. Mais l'analyse qui en a été donnée, est suffisamment étendue et a été utilisée depuis par tous ceux qui ont écrit sur ce sujet.

A partir de cette époque, la sacro-coxalgie a été l'objet d'un certain nombre de recherches, mais, à part quelques exceptions, elle n'a pas été complètement étudiée et ce n'est que dans ces dernières années qu'on a songé à compléter par des observations précises ce qu'avaient dit les premiers observateurs.

Parmi les thèses de la Faculté de Paris, nous citerons celle de Frère (1838) qui reproduit ce qu'avait dit Hahn ; celle de Giraud de Nolhac (1840) dans laquelle on trouve deux observations nouvelles ; celle de Delineau (1842) ; enfin la thèse beaucoup plus importante de Hattute (1852) inspirée par les leçons de M. H. Larrey.

La collection des thèses de Strasbourg contient la thèse de Bach, citée par Boissarie, mais que nous n'avons pu trouver, et celle de Joyeux (1842) dans laquelle est rapportée une observation intéressante de sacro-coxalgie consécutive à l'accouchement.

Parmi les thèses de la même époque, celles qui traitent de la coxalgie parlent incidemment de la sacro-coxalgie, à propos du diagnostic. Nous citerons entre autres la thèse d'agrégation de M. Maisonneuve (1844). Mais l'ouvrage de Bonnet (*Maladies des articulations*) ne renferme rien sur la sacro-coxalgie, et il est regrettable que les travaux si remarquables de ce chirurgien fassent complètement défaut sur cette question.

L'ouvrage de M. Nélaton (1847) présenta un bon résumé de l'histoire de la sacro-coxalgie, jusque-là très-négligée dans les traités classiques.

Ces dix dernières années nous ont fourni, en France surtout, des documents plus nombreux.

La thèse de Boissarie (1862) renferme des observations intéressantes et présente une étude méthodique de la sacro-coxalgie. Une leçon de Velpeau, publiée la même année dans la *Gazette des hôpitaux* (1862, p. 105), avait déjà éveillé de nouveau l'attention sur ce sujet.

Depuis lors, les leçons cliniques de M. Gosselin à l'hôpital de la Charité, celles de M. Broca, à la Pitié, ont beaucoup contribué à éclairer le diagnostic de cette affection dont la fréquence est plus grande qu'on ne le suppose habituellement. Deux leçons de M. Gosselin ont été publiées (*Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 574 et 1870, p. 297). Une autre, inédite, nous a été communiquée par M. H. Bergeron.

En même temps M. S. Duplay donnait dans le tome III, de son *Traité de pathologie*, p. 98, une étude complète de la sacro-coxalgie, qui peut servir de modèle dans la description de cette maladie.

A l'étranger, les publications récentes sur la sacro-coxalgie ont été remarquablement peu nombreuses dans ces dernières années.

L'Angleterre, toutefois, nous a fourni une excellente leçon d'Erichsen (*The Lancet*, 1859, I, p. 25) qui est un des documents les plus précieux que nous ayons rencontrés.

Le *Système de chirurgie* de Holmes (2^e édition, t. IV, p. 88, 1870), renferme également un article sur l'inflammation aiguë et chronique de l'articulation sacro-iliaque, dû à A. Johnstone.

En Allemagne, nous n'avons pu trouver aucune publication récente relative à notre sujet. Le grand traité de Pitha et de Billroth ne contient que dix lignes sur la tumeur blanche sacro-iliaque. Mais l'ouvrage de Gurlt, sur les affections articulaires (1853) est, au contraire, riche en faits de ce genre.

C'est avec ces documents que nous avons dû décrire la sacro-coxalgie; si quelques-uns ont une valeur incontestable, beaucoup ne renferment rien de nouveau sur la question. Nous avons pensé que nos recherches bibliographiques nous feraient découvrir, au moins, un certain nombre d'observations isolées dans les journaux de médecine. Mais nous en avons à peine rencontré quelques-unes. Les bulletins de la Société anatomique et de la Société de chirurgie nous ont toutefois fourni quelques faits intéressants, que nous avons utilisés. Enfin, plusieurs observations inédites nous ont été communiquées. Recueillies dans les divers services des hôpitaux, sur des malades qui y sont actuellement en traitement, elles attestent au moins que la sacro-coxalgie n'est pas une affection absolument rare, et que, si la littérature médicale est si pauvre en faits de ce genre, c'est probablement parce qu'on n'a pas, en général, songé à les recueillir et à les publier.

Nous donnons à la fin de notre travail les indications bibliographiques nécessaires pour retrouver les ouvrages que nous aurons cités.

III

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

ET PHYSIOLOGIQUES.

Notre intention n'est pas de donner ici la description de l'articulation sacro-iliaque, que nous supposons connue, mais de discuter certains points relatifs au rang qu'elle doit occuper parmi les articulations et à la structure de certaines de ses parties constituantes.

Il s'en faut que les auteurs soient d'accord sur la classe à laquelle appartient l'articulation sacro-iliaque. Tandis que Boyer la range parmi les synarthroses, Blandin en fait une arthrodiè serrée, et la considère, par conséquent, comme une diarthrose. Mais la plupart des anatomistes, notamment M. Cruveilhier, pensent qu'elle doit être placée parmi les amphiarthroses.

On comprend que ces différentes opinions aient été soutenues, suivant que l'on a envisagé l'articulation au point de vue de sa mobilité, de ses cartilages ou de ses moyens d'union.

Une étude attentive de ces différentes parties a permis à M. Sappey de reconnaître que l'articulation sacro-iliaque a, en réalité, la plupart des caractères des amphiarthroses, constituées, comme on sait, par un fibro-cartilage étendu d'une surface osseuse à l'autre.

Voici les détails que nous trouvons à ce sujet dans la

2^e édition du *Traité d'anatomie* de M. Sappey, t. I, p. 548. Ils nous inspirent d'autant plus de confiance, qu'ayant pris connaissance d'un travail publié par Luschka, en 1854, dans les Archives de Virchow (1), nous avons reconnu que l'anatomiste allemand était, de son côté, arrivé aux mêmes résultats sur la structure des parties constituantes de l'articulation, qu'il considère comme une synchondrose.

Lorsqu'après avoir divisé les ligaments périphériques de l'articulation sacro-iliaque, on écarte l'un de l'autre le sacrum et l'os iliaque, on arrive assez facilement à les séparer et chacune des surfaces articulaires osseuses emporte avec elle une couche de cartilage. Mais la surface cartilagineuse n'a pas le même aspect sur le sacrum et sur l'os iliaque.

Sur la surface auriculaire du sacrum, le cartilage est plus épais que sur celle de l'os iliaque. Il a un millimètre ou un millimètre et demi d'épaisseur, d'après M. Sappey. Luschka, lui donne jusqu'à 3 millimètres. Sa surface n'est pas d'un blanc mat comme celle des cartilages diarthrodiaux; elle est d'un gris blanchâtre ou rougeâtre et présente des prolongements villiformes très-irréguliers, inégaux et inégalement répartis. Ces prolongements flottent sous l'eau et n'ont qu'une faible consistance. Luschka les a trouvés formés de fibres de tissu conjonctif et de cellules cartilagineuses diversement ramifiées et anastomosées.

Sur l'os iliaque, le cartilage, plus mince, présente une surface plus irrégulière, granuleuse, et semble formé d'une multitude de petits globules demi-transparents. C'est un

(1) *Die Kreuzdarmbeinfuge des Menschen*, in Virchow's Archiv., VII, 2, 1854. Travail analysé dans le Schmidt's Jahrb., t. LXXXVI, p. 300.

Nous devons la traduction des conclusions de ce mémoire à notre collègue M. Paul Berger, dont le concours nous a été précieux pour nos recherches et bibliographie allemande.

fibro-cartilage à faisceaux fibreux perpendiculaires à la surface, séparés par des cellules cartilagineuses, au-dessus desquelles ils se prolongent en forme de voûte (Sappey).

Le cartilage du sacrum est formé de deux couches, une couche de pur cartilage à cellules parallèles à la surface, et qui, d'après Luschka, est accolée à l'os. L'autre couche qui regarde l'articulation, est formée par des fibres conjonctives qui entourent des cellules cartilagineuses. La seule différence entre la description de M. Sappey et celle qu'a donnée Luschka, c'est que, pour l'anatomiste allemand, ces deux couches existent aussi bien sur la surface qui appartient à l'os iliaque, que sur celle du sacrum, tandis que M. Sappey ne les décrit que dans le cartilage de ce dernier os.

En réalité, il n'y a pour l'articulation sacro-iliaque qu'un même fibro-cartilage, pourvu à son centre d'une cavité analogue à celle des disques intervertébraux. Cette cavité s'étend presque jusqu'aux limites du fibro-cartilage; c'est ce qui permet sa séparation en deux moitiés; elle est d'ailleurs très-étroite, mais Luschka a constaté qu'elle existe à tous les âges et dans les deux sexes, et y a trouvé une petite quantité d'une synovie jaune pâle, filante.

La *synoviale* revêt la face interne des ligaments périphériques au niveau de l'interligne articulaire; elle n'offre que très-peu d'étendue, par conséquent.

Elle est riche en vaisseaux, tapissée par une couche de cellules épithéliales et formée par des fibres de tissu conjonctif et élastique (Luschka).

D'après les détails qui précèdent et qui n'ont pas un intérêt purement spéculatif, on voit que l'articulation sacro-iliaque a une assez grande analogie avec les articulations des corps vertébraux, et que le fibro-cartilage qui unit le

sacrum à l'os iliaque est l'analogue des disques intervertébraux.

Nous croyons donc que M. Sappey a raison de la ranger parmi les amphiarthroses, et, au point de vue pathologique, il nous paraît y avoir une grande ressemblance entre les lésions de la sacro-coxalgie et celles du mal de Pott, ou de cette affection qui a été décrite par Ripoll sous le nom de polyarthrite vertébrale.

Quelle que soit, du reste, la véritable place que doit occuper l'articulation sacro-iliaque dans une classification rigoureuse, l'importance de son rôle physiologique ne peut échapper à personne. Ce n'est pas seulement une grande articulation, c'est une de celles qui fatiguent le plus dans la station, l'équitation, la marche, l'attitude assise et dans tous les exercices du corps. Il n'y a guère que la situation couchée dans laquelle elle se repose véritablement. Si, par sa situation, elle n'est pas très-exposée aux violences extérieures, par son rôle physiologique incessant, elle se trouve soumise à des causes fréquentes d'irritation.

Et, si les altérations qu'elle peut présenter n'attirent pas plus souvent l'attention, c'est sans doute, comme le fait remarquer Velpeau (*Gaz. des hôp.* 1862, p. 105) parce que, à l'inverse de ce qui se passe dans les articulations mobiles où la gêne des mouvements indique d'une façon nette le début de la maladie, dans l'articulation sacro-iliaque qui est immobile, les désordres sont souvent considérables avant que le chirurgien soit averti.

Le sacrum, enfoncé comme un coin entre les os coxaux, transmet à ceux-ci le poids du rachis qu'il supporte, dans la station verticale. Mais ce poids subit sur la base de cet os une première décomposition : « une moitié de l'effort se propage vers l'articulation sacro-iliaque droite, et l'autre moitié vers l'articulation sacro-iliaque gauche. Chacune de celles-ci

peut être considérée, en vertu du parallélogramme des forces, comme se subdivisant encore. Une partie de la pression se dirige transversalement en dehors et se trouve absorbée par les ligaments qui lui résistent ; l'autre partie descend verticalement et se communique à l'os iliaque qui la transmet au fémur. » (Sappey. t. I, p. 595, 2^e édit.)

Nous ne pouvons entrer ici dans les considérations physiologiques auxquelles donne lieu le mécanisme de la marche et de la station. Nous ferons seulement remarquer que, dans la situation assise, la base de sustentation est représentée par les tubérosités ischiatiques et que, dans cette position encore, l'articulation sacro-iliaque ne se repose pas.

Les *mouvements* de l'articulation sacro-iliaque sont à peu près nuls lorsque le bassin est intact. Mais, si l'on vient à interrompre la continuité de la ceinture pelvienne en enlevant la partie antérieure par deux traits de scie, on peut constater alors, en fixant le sacrum, que l'os iliaque exécute, si on cherche à l'éloigner et à le rapprocher, des mouvements alternatifs sur le sacrum ; on peut même, ainsi que l'indique M. Sappey, produire de légers mouvements de glissement des deux os l'un sur l'autre.

Les modifications que subissent les cartilages de l'articulation sacro-iliaque, *dans la grossesse* et *dans la vieillesse*, ont attiré l'attention des anatomistes. Luschka a constaté que dans la *grossesse*, la synovie augmente de quantité, et que la couche externe du cartilage est plus molle et imbibée de liquide. Mais il n'a pas vu que la mobilité de l'articulation fût notablement accrue.

Dans la *vieillesse*, il a trouvé les cartilages plus ou moins détruits par altération graisseuse, l'os quelquefois mis à nu, et, par places, une ankylose par fusion de l'articulation.

Il y a longtemps que le relâchement des symphyses du bassin à la fin de la grossesse, a été signalé par les observateurs. Cette question est longuement discutée dans le mémoire de Louis (*Mém. de l'Acad. de chirurgie*, de l'écartement des os bassin). Depuis Séverin Pineau, les accoucheurs ont été assez d'accord pour attribuer ce relâchement des articulations au gonflement des cartilages.

Thouret (*Mém. de la Soc. royale de méd.*, t. X) est arrivé à peu près aux mêmes conclusions. D'autres auteurs, il est vrai, Mauriceau, de la Motte, Levret et Baudelocque n'admettaient pas ce relâchement des articulations ou le regardaient comme très-rare.

Aujourd'hui ce relâchement n'est plus contesté par aucun observateur.

Lenoir, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en 1851, a étudié de nouveau les articulations du bassin chez la femme; il les considère comme des arthrodies et pense que le liquide synovial, en s'accumulant dans la cavité articulaire, produit l'écartement des os. C'est aller trop loin, selon nous, que d'admettre cette hydarthrose sacro-iliaque. La simple imbibition des cartilages par une quantité plus considérable de liquide, suffit pour expliquer le relâchement des symphyses qui survient dans la grossesse et persiste parfois après l'accouchement, au point de rendre la marche impossible.

Les recherches des accoucheurs modernes et les leçons cliniques de Trousseau ont, dans ces dernières années, donné un nouvel intérêt à cette question et fait connaître un certain nombre de cas nouveaux.

L'étude du mode de *développement* du sacrum et de l'os iliaque est de nature à jeter un grand jour sur les phéno-

mènes pathologiques dont ces os sont le siège. Nous en dirons quelques mots.

Le sacrum se compose, à l'origine, d'un grand nombre de points d'ossification qui se réunissent d'abord pour former les cinq vertèbres sacrées. Ces vertèbres sacrées se soudent ensuite entre elles pour constituer un seul os. C'est de *dix-huit à vingt ans* que s'achève la soudure des corps des vertèbres sacrées. A la même époque, un travail d'ossification s'accomplit du côté des masses latérales du sacrum. Un certain nombre de points d'ossification se réunissent pour former une épiphyse marginale supérieure très-large, qui recouvre la surface auriculaire du sacrum, et c'est de *dix-huit à vingt ans* que cette épiphyse se soude au corps de l'os (Sappey).

Un peu plus tôt, généralement de quinze à seize ans, s'accomplit, du côté de l'os iliaque, la soudure des points d'ossification dont la réunion constitue la crête iliaque. L'épine iliaque postérieure se développe ordinairement par un point particulier qui se soude à la même époque. L'ossification de la crête iliaque est quelquefois un peu plus tardive.

Ces phénomènes de nutrition si active s'accomplissent dans l'os iliaque, et surtout dans le sacrum, précisément à l'âge auquel, comme nous le verrons, les lésions de l'articulation sacro-iliaque s'observent le plus communément. Pour qui connaît les travaux modernes sur l'ostéite épiphysaire des membres et les conséquences qu'elle entraîne du côté des articulations, il est impossible de ne pas considérer ce fait comme très-important.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions anatomiques de la sacro-coxalgie n'ont été exactement constatées que dans un nombre de cas assez limité. Nous ignorons, en particulier, quelles sont les lésions du début ; mais, en réunissant les quelques observations dans lesquelles l'autopsie a été pratiquée avec soin, nous allons chercher à établir l'anatomie pathologique de cette affection, dans ses formes les plus graves.

Il est difficile de savoir, dans la plupart des cas, si les lésions ont débuté par l'articulation elle-même, ou si elles n'en ont atteint que consécutivement les parties constituantes, après avoir affecté d'abord les os. Il résulte cependant de certains faits que les lésions articulaires sont parfois consécutives à une maladie d'un point voisin du sacrum ou de l'os iliaque. Hahn admet ce mode de début, que rend très-probable la structure éminemment vasculaire de ces deux os et leur mode de développement.

Les lésions de la *synoviale* nous sont inconnues ; le peu d'étendue que présente cette membrane dans l'articulation sacro-iliaque leur enlève d'ailleurs une partie de leur importance. Cependant M. S. Duplay pense que, chez les femmes en couches, c'est par la séreuse que débute la maladie. Nous n'avons que rarement trouvé notées ces *fungosités* si fré-

quentes dans les tumeurs blanches des articulations dont la synoviale est plus étendue. Dans l'observation de Gouraud (thèse de Boissarie p. 36), on vit, il est vrai, à l'autopsie d'une jeune fille de 18 ans, morte dans le service de Velpeau, les surfaces articulaires recouvertes de fongosités saignantes, au milieu desquelles on apercevait des fragments osseux nécrosés ou cariés, mais les lésions étaient tellement avancées que ces fongosités ne pouvaient avoir pris naissance aux dépens de la synoviale depuis longtemps détruite et provenaient manifestement du tissu spongieux des os cariés.

Les lésions des *cartilages* sont beaucoup plus fréquentes ; elles sont même constamment indiquées, et ce sont, sans doute, les seules lésions qui existent dans les cas légers de sacro-coxalgie qui se terminent par la guérison sans suppuration.

Les altérations des cartilages chez les femmes, vers la fin de la grossesse, ont été signalées par tous les auteurs. Luschka a trouvé la couche externe de ces cartilages plus molle, imbibée de liquides, et la quantité de synovie augmentée. Mais ce sont là des modifications presque physiologiques. Celles que l'on constate à l'autopsie des femmes mortes peu de temps après l'accouchement avec des suppurations de l'articulation sacro-iliaque, sont généralement peu profondes ; mais il s'agit, dans ces cas, de suppurations métastatiques, dues à une infection purulente, et ce ne sont pas là de véritables sacro-coxalgies. Dans les trois observations de ce genre, citées par Velpeau et dans lesquelles la mort était survenue au 59^e, au 26^e et au 8^e jour après l'accouchement, il existait, avec des phlébites et des abcès intra-pelviens, une altération commençante des cartilages de l'articulation sacro-iliaque gauche ; ceux-ci étaient d'un jaune brun, plus foncés à la circonférence qu'au centre, ramollis et baignaient dans le pus.

Sur la pièce qu'il décrit et qu'il a figurée, Erichsen (*The Lancet*, 1859, I, p. 25), a constaté la disparition complète des cartilages et de la synoviale et il fait remarquer, à ce propos, que les cartilages de cette articulation subissent promptement, en raison de leur constitution, des changements qu'il compare à ce qu'on a décrit, en Angleterre, sous le nom de *dégénérescence pulpeuse*, dans les autres articulations atteintes de tumeur blanche.

Dans l'observation de Stoll, nous lisons que le fibro-cartilage était détruit et confondu avec les ligaments périphériques transformés en une masse blanc jaunâtre.

Gadaud (*Bullet. de la Soc. anatom.*, 1865), dans l'observation relative à la pièce de M. Verneuil, mentionne également la destruction des fibro-cartilages interarticulaires.

Chez le malade de Guéniot (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1858), on constata aussi la disparition complète de la synoviale et des cartilages.

Les *ligaments* périphériques et le *périoste* qui recouvre les os au voisinage de l'articulation subissent des altérations analogues. Toutefois, en raison de son épaisseur, le ligament interosseux résiste plus longtemps que les autres et échappe quelquefois au ramollissement. Erichsen a constaté son intégrité sur la pièce qu'il décrit; il avait conservé sa résistance et il fallut l'inciser avec le scalpel pour ouvrir l'articulation. Les autres ligaments étaient, au contraire, à peu près détruits.

Gadaud a mentionné le décollement du périoste sur l'os iliaque au point qui correspondait à la collection purulente.

Stoll a trouvé les ligaments transformés en une masse blanc jaunâtre qui maintenait encore les os au contact.

Avec de semblables lésions, on comprend qu'il soit géné-

ralement facile, à l'autopsie, d'écarter à l'aide d'un simple effort les surfaces articulaires du sacrum et de l'os iliaque sans incision préalable des tissus fibreux.

Les lésions des os sont généralement assez profondes et quelques observations les décrivent d'une manière complète. Ainsi que nous l'avons dit, elles sont quelquefois primitives.

Elles consistent en ostéites, en caries, en nécroses de l'os iliaque ou du sacrum et le plus souvent des deux os à la fois. La tuberculisation a été également constatée, et une des pièces que nous reproduisons est un exemple d'une lésion probablement tuberculeuse, ayant débuté par le sacrum et envahi consécutivement l'articulation et l'os iliaque.

Chez la malade de M. Verneuil (*Soc. de chir.*, 6 déc. 1865), il y avait un sequestre de la partie supérieure du sacrum, au niveau de sa face articulaire. Ce sequestre était entouré d'une portion de tissu osseux ramolli et suppuré. Il y avait là une véritable ostéite, et nous voyons même qu'une coupe du sacrum fit découvrir dans cet os un abcès qui n'était séparé de l'articulation malade que par une couche de tissu osseux très-mince (Observ. de Gadaud).

Une des pièces dont nous donnons le dessin (Planche II) est relative à une femme observée par M. Verneuil et qui mourut à l'Hôtel-Dieu à la suite d'une fracture du fémur du côté droit. Pendant le traitement de cette lésion traumatique, elle accusait quelques douleurs peu vives dans la région lombaire et sacrée gauche.

« A l'autopsie, on trouva, au niveau du côté gauche du sacrum et de la symphyse sacro-iliaque du même côté, une poche à parois épaisses, soulevant les muscles de la partie postérieure et supérieure du petit bassin et s'insérant à un sourcil osseux inégal qui bordait l'entrée d'une

cavité creusée dans les premières pièces du sacrum et un peu dans l'os iliaque. Cette poche contenait une matière jaunâtre épaisse. Plusieurs portions de cette matière examinées au microscope ne présentèrent que du pus, mais, dans le fond de la cavité, on rencontrait de la matière tuberculeuse.

Le sacrum était creusé d'une cavité anfractueuse inégale, sur les parois de laquelle on ne trouve pas de kyste fibreux, mais uniquement une matière molle, jaune, sans aucun séquestre. Le tissu osseux périphérique était condensé; la partie spongieuse beaucoup plus résistante. La première paire du côté gauche était complètement interrompue. On n'a pu malheureusement savoir quels symptômes coïncidaient pendant la vie avec cette lésion. » (*Bull. de la Soc. anat.* 1851, p. 219.)

Une lésion curieuse a été notée par Erichsen, sur la pièce qu'il représente dans son mémoire; les os, quoique usés et rugueux, ne sont ni cariés, ni nécrosés; ils semblent simplement dépourvus de leur cartilage et de leur synoviale. Il n'y a ni érosion profonde, ni excavation, ni signe d'infiltration tuberculeuse. Il est permis de supposer qu'à la suite de la disparition des cartilages, il s'est produit entre les surfaces osseuses du sacrum et de l'ilium ce qu'on voit se produire, dans le mal de Pott, entre le corps de deux vertèbres après la disparition d'un disque intervertébral, c'est-à-dire une *usure* par frottement réciproque des surfaces osseuses dénudées.

En dehors de ces altérations qui ont pour résultat de diminuer la consistance de l'os ou d'entamer sa continuité, il faut noter la production d'*ostéophytes*. Nous avons vu plus haut qu'autour de la poche tuberculeuse de la pièce de M. Verneuil il y avait une condensation du tissu osseux. Dans l'observation de M. Guéniot, nous trouvons qu'il existait immédiatement au devant de l'articulation malade, sur la face interne de l'os iliaque, un dépôt osseux de nouvelle formation, remarquable par la disposition et la régularité des aiguilles osseuses qui le constituaient. Ces dépôts de stalac-

tites osseuses se voient fréquemment sur les bassins dont l'articulation sacro-iliaque est ankylosée, ainsi qu'on peut le constater sur un certain nombre de bassins du musée Dupuytren.

Sans pouvoir en citer d'exemple constaté anatomiquement, nous pensons qu'il faut mentionner aussi les productions fibreuses qui constituent l'*arthrite sèche* comme susceptibles de se produire aux dépens des éléments de l'articulation sacro-iliaque. Toutefois, nous devons dire que nous les avons inutilement cherchées sur une pièce que nous avons actuellement entre les mains. C'est le bassin d'une femme fort âgée qui servait aux dissections cet hiver, dans notre pavillon à l'École pratique. Les deux articulations coxo-fémorales, les deux articulations de l'épaule, plusieurs des petites articulations du membre supérieur et du membre inférieur présentaient à un haut degré les déformations de l'arthrite sèche. Les articulations sacro-iliaques ne nous les ont pas offertes ; elles doivent sans doute à leur peu de mobilité normale d'avoir échappé à la lésion.

De la destruction des ligaments et des fibro-cartilages souvent constatée dans la sacro-coxalgie, peut résulter une *mobilité anormale* de la symphyse ; nous ne parlons pas de celle qui se produit presque physiologiquement vers la fin de la grossesse ; mais, dans quelques cas, on a observé des déplacements de l'os iliaque sur le sacrum, à la suite des lésions articulaires. Cette mobilité anormale était très-évidente à l'autopsie d'un des malades de M. H. Larrey. (Observ. IV. *Thèse* de Hattute). Il faut donc tenir compte de cette éventualité, bien qu'elle paraisse rare et que le fait de Lhéritier, généralement cité comme un exemple de ce déplacement, ne se rapporte pas, suivant nous, à la sacro-coxalgie.

Plus souvent, à la suite des inflammations de l'articulation et principalement lorsque la suppuration ne s'est pas produite, on observe une *ankylose* des deux os. C'est même là une terminaison désirable de la maladie, sauf le cas où il s'agit de jeunes filles en raison des modifications qui peuvent en résulter dans les diamètres du bassin.

Lambl, il est vrai (*Schmidt's Jahrb.*, t. 88, p. 199), ne croit pas que la synostose se lie à des altérations inflammatoires qui, pour lui, se termineraient nécessairement par la destruction de l'article. Il pense que l'ossification est la suite d'un processus normal qui n'a rien d'inflammatoire.

Mais Simon Thomas de Leyde (*Schmidt's Jahrb.*, t. 105, p. 61) résout la question par l'affirmative, et pense que dans les cas de retrécissements du bassin, l'ankylose peut dépendre d'une inflammation de la symphyse sacro-iliaque. Par analogie, dit-il, on doit le supposer. De plus, dans tous les cas où les commémoratifs ont été assez complets, on a pu arriver à présumer au moins l'existence antérieure d'une inflammation. Dans les cas où les renseignements faisaient défaut, on a trouvé quelquefois des ostéophytes ou des exostoses, ou des signes non équivoques d'inflammation ancienne du bassin.

Il ajoute que la sacro-coxalgie a souvent une marche larvée et qui ne se révèle par aucun signe bien évident, surtout chez les enfants; que ce n'est qu'à l'âge adulte qu'apparaît la déviation qui attire l'attention sur les troubles inflammatoires antérieurs. Enfin, dans les cas pour lesquels cette hypothèse est inadmissible, on peut encore admettre, dit-il, une *inflammation intra-utérine*.

L'auteur que nous venons de citer appuie ces vues théoriques par la considération de deux bassins d'enfants qui auraient certainement, dit-il, présenté des retrécissements obliques.

Le premier est le bassin d'une fille de 10 ans. La symphyse sacro-iliaque droite ne présente plus de cartilages, ni sur le sacrum, ni sur l'os iliaque. A ce niveau l'os iliaque est carié et offre une cavité où pénètre l'aile du sacrum. Pas d'ostéophytes. L'aile droite du sacrum est plus petite que la gauche, surtout au niveau de la première vertèbre sacrée. Le bassin présente les déformations du bassin oblique.

Le deuxième bassin appartient au Musée anatomique de Leyde. C'est celui d'un enfant de 12 à 13 ans. Outre les restes d'une coxalgie ancienne ayant détruit l'articulation coxo-fémorale, il y a une ankylose encore incomplète de l'ilium gauche avec le sacrum; en avant la soudure osseuse est complète. Il existe un commencement de déviation du bassin.

Ces deux faits sont intéressants en ce qu'ils montrent l'influence des lésions de la sacro-coxalgie sur la ceinture pelvienne chez les jeunes sujets et qu'ils nous offrent un exemple de la coexistence d'une coxalgie et d'une sacro-coxalgie du même côté.

Quant à l'existence de l'ankylose sacro-iliaque dans les bassins obliques ovalaires, elle est admise par tous les accoucheurs depuis le mémoire de Nægelé, et l'on trouvera réunis dans l'ouvrage de Gurlt la plupart des faits publiés.

La *suppuration* est une des terminaisons fréquentes de la sacro-coxalgie. Qu'elle ait débuté dans l'intérieur même de l'articulation ou au voisinage, elle aboutit à la formation d'*abcès* plus ou moins volumineux.

Le pus est quelquefois collecté dans une poche isolée; plus souvent il fuse en décollant les tissus voisins.

Ses caractères sont variables; il est rarement de bonne nature, souvent grisâtre, mélangé de débris osseux ou de petits séquestres. Dans le fait de Stoll il présentait les caractères du lait caillé.

Il est fréquent de voir plusieurs *foyers isolés* répondant à des altérations du sacrum ou de l'ilium au voisinage de l'ar-

ticulation. Lorsque l'abcès existe à la partie postérieure, il présente généralement deux foyers, « 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. » (S. Duplay. *Traité de Pathologie* III. 99).

Cette disposition était très-manifeste dans les observations de Guéniot et de Gouraud dont nous avons déjà parlé.

Les abcès peuvent se faire jour, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de l'articulation, en un mot ils peuvent être extra ou intra-pelviens au début. En raison de la moindre résistance des ligaments antérieurs de l'articulation, cette dernière variété paraît être la plus fréquente. Nous aurons à revenir, à propos de la symptomatologie et de la terminaison, sur la migration de ces abcès et les conséquences qu'elle entraîne. Pour le moment, nous signalerons la fréquence de l'extension du pus vers la fosse iliaque interne, au dessous du périoste décollé ou du muscle iliaque. L'ouverture des abcès dans le rectum n'est pas un fait rare et des séquestres ont été même éliminés par cette voie. (Observ. de Joyeux).

Les lésions des parties molles voisines de l'articulation doivent être signalées. Les *muscles* ne sont pas seulement éraillés par la migration des abcès, comme nous l'avons vu; ils présentent quelquefois, dans leur épaisseur, des foyers purulents distincts, ainsi que l'indique l'observation de Gouraud qui trouva des abcès isolés dans l'épaisseur du psoas.

Lorsque la maladie a duré longtemps, on observe en outre une *atrophie* plus ou moins marquée des muscles de la région. Chez la malade de Verneuil, cette atrophie a été

constatée et le microscope a montré un commencement de *dégénérescence graisseuse*.

Les *vaisseaux* iliaques, en raison de leurs rapports de voisinage avec la symphyse sacro-iliaque, pourraient présenter des altérations résultant du contact prolongé du pus ; mais nous ne pensons pas, comme Velpeau l'a admis, que chez les femmes mortes à la suite de couches, la phlébite des veines du bassin soit consécutive à la lésion articulaire.

Les *ganglions lombaires* étaient hypertrophiés et altérés de manière à faire croire à une dégénérescence tuberculeuse chez la jeune fille de M. Verneuil.

Les *nerfs* ont plusieurs fois été trouvés entourés par les collections purulentes, ou baignant directement dans le pus. Dans l'observation de Guéniot le nerf sciatique n'était séparé du foyer purulent que par une mince lame celluleuse, et les quatre paires sacrées antérieures baignaient au milieu du pus d'un autre foyer. Une disposition analogue existait dans l'observation de Gouraud au niveau du 2° trou sacré.

Nous avons signalé la coexistence des lésions de la *coxalgie* avec celles de la sacro-coxalgie, les deux affections siégeant du même côté.

Enfin, il ne faut pas oublier de mentionner l'existence des *lésions du mal de Pott*, chez plusieurs des sujets qui ont succombé à la sacro-coxalgie ; deux des malades de Hahn les ont présentées.

Rapprochons aussi de ces lésions observées sur l'homme celles que nous trouvons décrites chez le cheval. Sur un cheval de neuf ans, Vatel, (*Journal prat. de méd. vétér.* 1827, p. 345) a trouvé des traces d'inflammation sur la capsule de l'articulation sacro-iliaque gauche, à près d'un pouce du

bord antérieur et lombaire de l'os iliaque. Sur la surface interne rugueuse de cet os, les ligaments étaient rouges et ramollis comme l'os et le périoste lui-même. Il y avait des traces manifestes d'inflammation sur la surface articulaire de l'os sacrum, à ce niveau.

Nous reproduisons ici l'observation de M. Guéniot et les résultats de l'autopsie d'un des malades de M. Larrey, parce qu'ils nous présentent réunies la plupart des altérations que l'on peut rencontrer dans la sacro-coxalgie suppurée.

Tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque droite. (Bulletin de la Soc. anat., 1858, p. 221.)

Elle a été observée sur un homme de 30 ans, exerçant la profession de menuisier.

Le début de la maladie remonte au mois de mars 1857, époque à laquelle elle s'annonça par une douleur obtuse à la région sacro-iliaque droite et par une sciatique dans le membre correspondant. La névralgie augmentant peu à peu d'intensité, finit par devenir intolérable. Des douleurs analogues se manifestèrent à certains intervalles dans le *membre inférieur gauche*. Bientôt une tuméfaction assez considérable apparut dans la fesse droite et le malade entra avec un abcès tout formé dans le service de M. Voillemier (hôpital Lariboisière), le 13 février 1858. Le foyer fut ponctionné trois semaines après et l'on retira avec la seringue de M. J. Guérin, environ 200 gr. de pus non fétide. Une injection iodée fut faite ensuite et détermina une douleur extrêmement vive qui dura jusqu'au soir. Cette injection fut renouvelée quelques jours plus tard et fut suivie de la même douleur. Le malade semblait cependant avoir retiré quelque bénéfice de cette intervention; mais l'amélioration fut de courte durée, car les douleurs ne tardèrent pas à reparaitre avec une grande intensité et, le 9 avril, le malade mourut épuisé par la souffrance et par la suppuration.

A l'autopsie, abcès de la fesse, composé de deux foyers, l'un superficiel ou sous-cutané, l'autre profond ou sous-musculaire, communiquant l'un avec l'autre à travers les fibres éraillées et en partie détrui-

tes du muscle grand fessier, au niveau de ses attaches à la partie postérieure de la crête iliaque. Le deuxième foyer est sous-musculaire et en contact immédiat avec l'os iliaque dénudé et carié dans une étendue circulaire d'environ 5 centimètres de diamètre. Le grand nerf sciatique n'est séparé que par une mince lame celluleuse des matières purulentes grisâtres qui occupent ce foyer, circonstance qui peut expliquer l'exacerbation subite de la douleur observée pendant la vie après les injections de teinture d'iode. Un autre foyer purulent se rencontre au-devant de l'articulation sacro-iliaque dans laquelle il pénètre, et s'étend depuis la base du sacrum jusqu'au niveau du quatrième trou sacré antérieur, comprenant ainsi dans son intérieur les quatre branches correspondantes des nerfs sacrés. Des matières purulentes d'un gris sale, avec un petit séquestre complètement détaché, sont renfermées dans ce foyer. Quant à l'articulation elle-même, elle n'offre plus ni cartilage, ni synoviale, ni ligament supérieur et antérieur; toutes ces parties sont détruites par la suppuration. Les ligaments interosseux se laissent facilement diviser et accusent ainsi un certain degré d'altération. Les surfaces osseuses sont cariées, spongieuses, irrégulières. Cette altération des os s'étend sur le sacrum à toute la partie correspondant aux quatre trous sacrés antérieurs lesquels en constituent la limite interne, et, sur l'os iliaque, à toute la surface articulaire et aux parties adjacentes dans une étendue de quelques centimètres. Si l'on s'en rapporte au degré le plus avancé de la lésion osseuse, c'est à la partie supérieure de l'articulation que le mal aurait débuté, car, en ce point, l'os iliaque est altéré dans toute son épaisseur. Immédiatement au-devant de l'articulation malade, on voit sur la face interne de l'os iliaque un dépôt osseux de nouvelle formation, remarquable par la disposition et la régularité des aiguilles osseuses qui le constituent. Enfin, comme variété anatomique assez intéressante, notons que la courbure du sacrum est très-peu prononcée et la saillie du promontoire très-faible, l'angle sacro-vertébral offrant ici un degré d'ouverture exagéré.

Quelques tubercules furent trouvés dans le poumon droit.

Autopsie du malade de M. Larrey. (Thèse d'Hattute, 1852, obs. 4.)

(Voir plus loin, Observation VIII, p. 98).

Ce qui frappe d'abord, c'est la parfaite intégrité de toutes les parties qui constituent l'articulation coxo-fémorale. Le malade avait été traité au début de son affection pour une fémoro-coxalgie. Du côté du bassin et de l'articulation sacro-iliaque, voici ce que l'on observe : une collection purulente considérable occupe toute la région pelvi-trochanté-

rienne droite; le pus s'est fait jour sous le bord inférieur du grand fessier et la peau de la fesse est décollée dans une grande étendue. On suit facilement ce foyer jusque dans l'intérieur du bassin, où il pénètre par la grande échancrure ischiatique. Du pus se trouve aussi en quantité notable dans la gaine des muscles psoas et iliaque. Les muscles sous-jacents au grand fessier, ainsi que le psoas-iliaque, sont grisâtres, ramollis et infiltrés de pus fétide. Un abcès large comme la main occupe la face postérieure du sacrum et de l'articulation sacro-iliaque droite, et communique ainsi que les précédents avec cette symphyse.

Les ligaments sacro-iliaques postérieurs, antérieurs et supérieurs sont complètement détruits; on en cherche vainement des vestiges; quant au ligament vertical postérieur, il semble converti en une sorte de gelée, et est détaché, à la partie supérieure, de ses points d'insertion à l'os coxal. Le périoste de l'os iliaque et du sacrum est détruit dans l'étendue de deux travers de doigt en dehors des surfaces articulaires; il est décollé ensuite à une distance variable sur plusieurs points.

Outre ces lésions, on remarque une grande mobilité entre l'os iliaque et le sacrum; on écarte facilement le premier de ces deux os, en dehors en pressant légèrement sur la crête iliaque dans cette direction; les surfaces articulaires sont complètement dénudées; des débris de cartilage se remarquent seulement sur certains points; enfin, le tissu des deux os est friable, ramolli et infiltré de pus. Le sacrum et l'os iliaque ont subi une perte de substance assez considérable; la carie s'étend au delà des surfaces articulaires; sur le sacrum, elle gagne sur plusieurs points le canal vertébral, sur l'os iliaque elle occupe environ la largeur de deux travers de doigt en dehors de l'articulation.

La colonne vertébrale est saine dans toute son étendue.

SIÈGE.

Le *siège* le plus fréquent de la sacro-coxalgie est difficile à déterminer. Crocq (*Traité des tumeurs blanches*, p. 451), avance, que le plus souvent, elle affecte le côté droit, sans dire sur quels faits il s'appuie pour émettre cette assertion.

Les arthrites de cause puerpérale paraissent siéger plus souvent du côté gauche. C'est l'opinion de Joyeux (thèse

citée) qui pense que cette plus grande fréquence à gauche est due à ce que les positions occipito-iliaques gauches antérieures sont les plus ordinaires. Cette raison ne nous semble pas avoir une bien grande valeur et nous croyons, avec Boissarie, qu'il n'est pas facile d'expliquer la prédilection pour le côté gauche de toutes les inflammations et suppurations des organes pelviens chez la femme.

En dehors de l'état puerpéral, il est possible que l'articulation sacro-iliaque droite soit plus souvent affectée que la gauche. Mais, pour l'établir, il faudrait des observations précises et nombreuses qui nous font défaut, et les quelques observations que nous reproduisons nous porteraient à admettre l'opinion contraire.

La *sacro-coxalgie double* est certainement rare. Le seul exemple que nous connaissions est celui de la malade qui est actuellement dans le service de M. S. Duplay et dont nous donnons l'observation complète.

ÉTIOLOGIE.

D'après Velpeau, l'étiologie de la sacro-coxalgie n'offrirait rien de spécial, puisque, selon ses expressions (*Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 105), « elle se rencontre à tous les âges, « chez les jeunes gens et chez les vieillards, dans la pratique de la ville et dans celle de l'hôpital, chez le riche et « chez le pauvre. »

Il y a lieu, cependant, de chercher quelle est l'influence qu'exercent les causes générales ou locales sur le développement de cette affection.

Relativement à *l'âge*, Erichsen dit ne l'avoir jamais vue chez les jeunes enfants. M. Giraldès ne l'a pas observée non plus dans son service de l'hôpital des Enfants. A l'inverse de la coxalgie, la sacro-coxalgie serait donc à peu près inconnue dans les premières années de la vie.

Michaud de Saint-Méard (voir *Gazette médicale*, 1837), rapporte, il est vrai, que Dupuytren eut l'occasion de redresser le diagnostic de plusieurs médecins qui croyaient à l'existence d'une coxalgie chez un enfant atteint en réalité d'une sacro-coxalgie; — Simon Thomas, de Leyde, a décrit, d'autre part, les altérations de l'articulation sacro-iliaque de deux bassins d'enfants de 10 et 12 ans.

Enfin, M. Marjolin aurait eu, dans dans le cours de l'année dernière, un cas de cette affection dans son service; mais nous n'avons pu nous en procurer l'observation.

Nous pouvons, du moins, affirmer la grande rareté de la sacro-coxalgie dans l'enfance ; mais, si la sacro-coxalgie est rare dans l'enfance, elle est au contraire fréquente chez les jeunes sujets. Les malades d'Erichsen avaient, 14, 20, 27 et 28 ans ; c'est dans la période de 20 à 35 ans que nous avons trouvé le plus grand nombre d'observations de sacro-coxalgie.

La malade qui fait l'objet de la clinique de M. Gosselin (*Gazette des hôpitaux*, 1870 p. 297) avait, il est vrai, 48 ans, et Velpeau a cité le cas d'une vieille dame chez laquelle il eut à ouvrir un abcès provenant de l'articulation sacro-iliaque ; mais, d'après les faits publiés, ces cas seraient exceptionnels.

Le sexe paraît exercer aussi son influence sur le développement de la sacro-coxalgie. En dehors de l'état puerpéral, les femmes semblent y être moins exposées que les hommes. Sur vingt-sept observations, nous trouvons seize hommes et onze femmes ; mais sur ces onze femmes, six seulement étaient atteintes d'affections de l'articulation sacro-iliaque en dehors de l'état puerpéral.

L'influence des *professions* est nulle ou à peu près. Hahn cependant a observé trois cas de sacro-coxalgie chez des tailleurs, et il suppose que l'attitude particulière à cette profession (jambes croisées et corps porté en avant) peut influencer sur le développement de la maladie, mais il est difficile de conclure à une influence véritable d'un aussi petit nombre de faits.

Dans sa thèse, Hattute insiste sur la fréquence de la sacro-coxalgie sur les jeunes soldats et en particulier chez les *cavaliers* et les *artilleurs*. Les secousses violentes éprouvées sur la selle et sur les caissons non suspendus paraissent, en

effet, avoir déterminé le développement de la maladie dans plusieurs des observations qu'il a citées.

L'influence des *diathèses* est admise par presque tous les auteurs qui ont, en première ligne, mentionné la *scrofule*.

Boyer pense que, si la scrofule n'est pas évidente dans ces cas chez les enfants, on la retrouve, au moins, chez les parents (t. IV, p. 39, 3^e éd.). Erichsen considère la sacro-coxalgie comme d'origine scrofuleuse et ayant tous les caractères des tumeurs blanches; cette cause nous paraît, en effet, une de celles que l'on rencontre le plus souvent; quelquefois cependant, les malades ont tous les attributs d'une brillante santé, comme l'indique l'observation de la malade de M. Verneuil (*Bulletins de la Société anatomique*, 1865).

La *diathèse rhumatismale* a été considérée surtout par Larrey (*Clinique*, t. III, p. 330) comme une cause de sacro-coxalgie. M. Gosselin a reconnu l'influence de cette diathèse chez plusieurs de ses malades; mais le plus souvent l'action du froid ou de l'humidité intervient comme cause occasionnelle. Une malade de M. Gosselin avait l'habitude d'aller laver son linge elle-même, et rapportait sa maladie à l'action de l'humidité à laquelle elle avait été souvent exposée.

Velpeau a signalé d'une manière plus précise l'effet fâcheux du froid humide sur l'articulation sacro-iliaque chez les personnes qui, à la campagne, s'étendent sur l'herbe pour se reposer (*Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 105).

Dans ces dernières années, l'attention des observateurs a été attirée sur une autre cause, d'une nature toute spéciale, la *blennorrhagie*. L'influence de la blennorrhagie sur le développement de certains arthrites est généralement admise.

L'articulation sacro-iliaque ne paraît pas échapper à cette influence; mais, tandis que M. Alfred Fournier (*Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Blennorrhagie) a trouvé que le genou avait été atteint 83 fois, dans les observations qu'il a réunies, l'articulation sacro-iliaque ne l'avait été que 4 fois. Deux des faits appartiennent à Rollet (*Gazette médicale de Lyon*, 1858), un autre à M. Alfred Fournier, et le dernier à M. Siredey, qui a bien voulu nous communiquer les notes de son observation.

M. Gosselin n'a trouvé que cette cause à invoquer chez le jeune homme dont il a parlé dans sa clinique de 1868, et que nous avons pu voir nous-même, à cette époque, dans son service.

Jusqu'ici, rien ne nous autorise à admettre la *syphilis* comme cause de la sacro-coxalgie, bien que M. Richet ait montré que certaines tumeurs blanches peuvent se développer sous l'influence de cette diathèse, et que nous la retrouvions indiquée dans le travail de M. Hattute.

Une cause mieux démontrée est l'existence antérieure d'une *fièvre éruptive*, telle que la rougeole ou la scarlatine. Le malade de Stoll avait eu la rougeole peu de temps avant le début de son affection articulaire. La fièvre typhoïde pourrait sans doute, bien que nous n'en connaissions pas d'exemple, avoir la même influence déterminante. Les anciens auteurs ne manquent pas de ranger au nombre des causes de la sacro-coxalgie la disparition brusque d'un exanthème, et la suppression de la sueur des pieds (Hahn); nous n'avons aucune raison de les contredire à ce sujet.

Mais, de tous les états généraux, celui qui le plus souvent a donné lieu au développement de la sacro-coxalgie, c'est *l'état puerpéral*. De la Malle (*Académie de chirurgie*, 1766) en
Delens.

avait cité un exemple ; Velpeau réunissait trois cas dans son mémoire des *Archives* (1824) qui paraissent, tout d'abord, se rapporter à notre sujet, mais ce ne sont là que des exemples de suppurations métastatiques de l'articulation sacro-iliaque, et nous ne pouvons en tenir compte qu'à titre de renseignement. Ces cas éliminés, il n'en est pas moins établi que la sacro-coxalgie se développe assez souvent chez les femmes à la suite d'un accouchement. Joyeux et Bach, de Strasbourg, cités par Boissarie, en ont rapporté des exemples, et l'observation de la malade de Joyeux est intéressante à plus d'un titre. Elle nous montre une femme qui, à la suite de son sixième accouchement, eut une sacro-coxalgie des plus graves, suivie de suppuration et de l'élimination de séquestres. M. Panas nous dit en avoir vu un cas dont la durée a été fort longue chez une dame de sa clientèle.

C'est à la suite d'un accouchement que la malade du service de M. S. Duplay, dont nous donnons l'observation, a été atteinte d'une sacro-coxalgie double et de plusieurs autres arthrites.

Cette influence fréquente de l'état puerpéral s'explique par les modifications survenues vers la fin de la grossesse dans les articulations du bassin, et par la tendance marquée aux suppurations après l'accouchement ; quelquefois enfin, au moment de l'expulsion du fœtus, il y a une action traumatique véritable, exercée sur l'articulation sacro-iliaque, à laquelle l'application du forceps n'a peut-être pas été étrangère (observ. de Joyeux).

En dehors de la puerpéralité, les *violences extérieures* ont quelquefois agi comme causes déterminantes de la sacro-coxalgie. Sans parler de l'influence que peuvent avoir, chez les jeunes sujets, les marches fatigantes, les efforts prolongés, on a vu un violent effort suivi immédiatement de douleur du côté de l'articulation, et ultérieurement de tous

les signes d'une sacro-coxalgie. Boyer admet qu'un coup, une chute, un exercice longtemps continué peuvent agir, dans certains cas, mais il n'attribue, avec raison, qu'une importance secondaire à ces causes.

Les observations souvent citées de Thomassin (*Journal de médecine militaire*, 1788), de Enaux, de Dijon, dans lesquelles, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, on constata un déplacement du sacrum et qui furent suivies de guérison avec persistance de craquements, ne nous semblent pas des exemples irréfutables de sacro-coxalgie. Le fait de Philippe, de Chartres, doit également être rangé parmi les cas de luxation traumatique du bassin ayant donné lieu à une suppuration mortelle de l'articulation sacro-iliaque.

Ludwig, de Leipsick, cité par Louis, a publié un cas plus concluant de suppuration au niveau de l'articulation sacro-iliaque, à la suite d'un effort en soulevant un fardeau.

Hahn admet aussi l'influence du traumatisme, et fait allusion au cas de Bassius qui rapporte qu'un jeune homme, faisant des armes, sentit tout à coup une douleur vive au niveau de l'articulation sacro-iliaque et eut consécutivement une rétraction du membre inférieur. Mais tous ces faits laissent place au doute.

L'observation rapportée dans la thèse de Giraud de Nolahac (1840, thèses de Paris) et recueillie dans le service de Velpeau, renferme des détails plus précis. Une blanchisseuse de 35 ans, en portant un paquet de linge dans un escalier, ressentit une douleur extrêmement vive au niveau de l'articulation sacro-iliaque, au moment où elle faisait un effort, et présenta ultérieurement les signes d'une sacro-coxalgie.

Nous donnons plus loin l'observation d'un malade du service de M. Lefort chez lequel tous les signes de la sacro-coxalgie se sont développés à la suite d'une chute.

Cependant le traumatisme n'intervient que d'une manière tout à fait exceptionnelle dans le développement de la sacro-

coxalgie. Erichsen n'a jamais constaté de violence ni de coup dans les cas qu'il a observés.

En terminant ce qui se rapporte à l'étiologie de la sacro-coxalgie, nous devons reconnaître que, dans un grand nombre des cas, il est impossible de trouver à la maladie une cause soit occasionnelle, soit déterminante.

VARIÉTÉS

Nous venons de passer en revue les causes qui influent sur le développement de la sacro-coxalgie. De cette étude est-il permis de tirer des conclusions et d'établir des divisions fondées sur la nature présumée de l'affection?

Il serait évidemment prématuré de prétendre donner une classification rigoureuse. Cependant, de tout ce que nous venons de dire, il résulte que les observateurs admettent généralement l'existence de quatre variétés de l'arthropathie sacro-iliaque :

La *sacro-coxalgie scrofuleuse*, ou vraie tumeur blanche de l'articulation, se développant chez les sujets scrofuleux ou tuberculeux ;

La *sacro-coxalgie puerpérale*, depuis longtemps décrite, mais confondue souvent avec le simple relâchement des symphyses et avec les suppurations métastatiques de l'articulation sacro-iliaque ;

La *sacro-coxalgie rhumatismale*, qui survient sous l'influence de causes extérieures légères et d'une prédisposition particulière chez des sujets d'ailleurs bien constitués ;

La *sacro-coxalgie blennorrhagique*, dont l'existence nous paraît établie par quelques observations récentes.

Cette division comprend la généralité des faits qui rentrent dans le sujet que nous étudions ; elle répond à des diffé-

rences réelles dans la marche, le pronostic et la terminaison de la maladie. Elle peut, en outre, dans la pratique, fournir certaines indications pour le traitement. Mais, dans l'étude de la symptomatologie, il ne nous sera pas possible d'en tenir compte, car ces quatre variétés offrent des symptômes analogues, et le diagnostic n'en peut être établi que par la considération des conditions dans lesquelles la maladie s'est développée.

VI

SYMPTOMATOLOGIE.

Le début de la maladie est obscur et généralement lent. Rarement, d'ailleurs, il a été bien observé; Erichsen dit n'avoir jamais eu l'occasion d'étudier la sacro-coxalgie à sa première période.

Plus tard, chacun des symptômes s'accroît, et de la réunion de ces symptômes résulte un ensemble pathologique assez net.

Pour la commodité de la description, nous suivrons à peu près l'ordre établi par Erichsen. Nous étudierons isolément chacun des signes propres à la maladie, à savoir : la *douleur*, la *claudication*, les *changements d'attitude et de longueur* du membre, la *tuméfaction*, les *abcès*.

Cet ordre n'a rien d'absolu; il répond cependant assez bien à la succession des symptômes, depuis le moment d'apparition de la maladie jusqu'à sa terminaison.

Après avoir fait une étude détaillée de chacun des signes de la sacro-coxalgie, nous aurons à en indiquer la marche la plus habituelle et à établir, s'il y a lieu, les périodes de la maladie.

SYMPTOMES.

1° *Douleur*. — La *douleur* est un des signes les plus constants; elle a été notée par tous les observateurs, mais elle varie dans sa forme, dans son intensité, dans son siège. Elle

varie aussi suivant la période de la maladie à laquelle on la considère.

Ce n'est, au début, qu'une sensation de gêne dans la région de l'articulation, une fatigue déterminée par les mouvements, et qui rend les malades paresseux (observ. de Choupe). Cette douleur est accrue par la marche, par l'action de se pencher en avant. Elle existe dans la station debout et dans la position assise (Johnstone, in *Holmes's System*). Elle peut même, quand la sacro-coxalgie est double, mettre les malades dans l'impossibilité de s'asseoir (observ. de M. Duplay). La douleur disparaît généralement dans le décubitus dorsal, du moins au début de la maladie. Hahn a noté chez un de ses malades un besoin particulier d'étendre la colonne vertébrale.

Les malades décrivent d'une manière variable les caractères de la douleur qu'ils éprouvent; elle est quelquefois fugace et légère, d'autres fois elle est gravative et profonde ou s'accompagne d'élançements douloureux. Elle peut être assez intense pour empêcher le sommeil, comme M. Gosselin l'a vu chez une de ses malades. Elle est toujours plus marquée après la marche, plus vive le soir que le matin; toutefois, chez le malade de Stoll, pendant longtemps elle ne revenait que la nuit. Intermittente au début, elle ne tarde pas à devenir continue.

Le siège qu'affecte la douleur n'est pas constant, mais il importe de le déterminer exactement. La douleur spontanée existe toujours, à un certain degré, au niveau de l'articulation sacro-iliaque, ou, du moins, on l'y fait naître, soit par la pression extérieure, soit par le toucher rectal, le doigt étant porté au niveau de la symphyse. On la réveille encore en embrassant le bassin, de chaque côté, avec les mains, et en cherchant à rapprocher l'un de l'autre les deux os iliaques. La pression sur le grand trochanter ne détermine aucune

douleur si l'on a soin, en même temps, de fixer le bassin de manière que cette pression ne retentisse pas sur toutes les articulations. Erichsen insiste sur cette précaution à prendre dans l'exploration. On peut alors presser la tête du fémur contre le fond de la cavité cotyloïde et imprimer à l'articulation coxo-fémorale tous les mouvements, sans produire de douleur.

Mais la douleur ne reste pas toujours limitée à la région fessière et au niveau de l'articulation. On la voit assez souvent s'étendre à l'aîne (Erichsen, Duplay); à la partie supérieure de la cuisse. Dans l'observation du malade de M. Lefort, elle suit le trajet du nerf crural. Chez le menuisier dont M. Guéniot nous a donné l'histoire, il y eut, en même temps qu'une douleur locale vive, les signes d'une sciatique très-douloureuse, qui dépendait, ainsi que le montra l'autopsie, de la compression du sciatique par une poche purulente.

Enfin, dans certains cas, la douleur, comme dans la coxalgie, retentit jusqu'au genou (Laugier, Hilton, Velpeau). Dans l'observation de M. Choupe, la douleur était localisée à la partie supérieure et interne de la rotule.

Il est difficile d'expliquer, pour la sacro-coxalgie, l'existence de cette douleur du genou, et nous nous abstiendrons de reproduire les explications qui ont été proposées pour rendre raison de celle que l'on observe dans la coxalgie.

Les *fourmillements*, les *engourdissements* signalés par quelques observateurs dans le membre correspondant au côté malade, dépendent très-prôbablement de la compression des troncs nerveux à leur sortie du bassin. Chez la malade de l'observation de Joyeux, la sensibilité finit par être presque abolie dans la jambe gauche.

2° *Claudication*. — La claudication est un des symptômes

les plus constants de la sacro-coxalgie. Si quelques observateurs l'ont complètement passé sous silence ou ont négligé d'en indiquer les caractères, le plus grand nombre s'est attaché à le décrire avec soin.

Au début, il n'y a qu'une simple gêne dans la marche, un peu de paresse dans les mouvements, un défaut de sûreté, qui fait que les malades cherchent un point d'appui, inclinent le tronc en avant et sont obligés de se servir d'une canne. Erichsen a noté encore une sensation particulière qui fait croire aux malades que la partie affectée tend à se séparer du tronc.

Quand un individu affecté de sacro-coxalgie pose à terre le pied du côté malade, il appuie la plante du pied tout entière (Hahn) mais avec précaution, en évitant de faire reposer sur le membre le poids du corps qu'il reporte tout entier sur le membre sain. S'il s'arrête, ils se place instinctivement dans la *position hanchée* (Hattute), et, s'il s'appuie sur le côté malade, il lui est impossible de pivoter sur lui-même (Erichsen).

Au moment où il se déplace, le membre malade est un peu écarté de l'autre, et légèrement fléchi; à chaque pas, quand il est porté en avant, il traîne sur le sol (obs. de Stoll).

Certains malades ne marchent qu'à petits pas (obs. de M. Gosselin) pour éviter la douleur qui retentit au niveau de l'articulation, dans les mouvements un peu étendus.

La pointe du pied n'est, en général, pas déviée, et Hahn attache une grande importance à ce signe pour le diagnostic différentiel. Il y a cependant des exceptions à cette règle.

Les craquements qui accompagnent le frottement des surfaces articulaires, dans la marche, ont été signalés par Boyer, d'après le fait contestable de L'Héritier. Bien que la mobilité des surfaces ait été constatée dans quelques obser-

vations, elle appartient à une période tellement avancée de la maladie, que les malades ne peuvent plus, généralement, quitter le lit, à cette époque.

Lorsque les malades sont couchés, ils reposent souvent sur le côté sain, ou bien ils prennent le décubitus dorsal; mais ils ne peuvent se tourner sur le côté affecté. Dans le décubitus dorsal, ils soulèvent avec quelque peine le membre correspondant; ils peuvent cependant arriver à détacher le talon du lit et à fléchir complètement la cuisse sur le bassin (obs. de M. Gosselin).

A un degré plus avancé de la maladie, la marche, la station, la position assise deviennent impossibles et le patient est condamné à une immobilité presque absolue dans le lit.

3° *Changements d'attitude du membre.* — Les changements dans l'attitude et la longueur du membre ont été singulièrement exagérés par les observateurs qui ont les premiers décrit l'affection.

Boyer avait bien dit que la crête iliaque est plus haute ou plus basse selon que le membre du même côté est plus court ou plus long, mais il attribuait ces changements à un véritable déplacement de l'os iliaque.

Sous l'influence des idées alors régnantes sur la coxalgie, ou pour parler plus exactement le langage du temps, sur la luxation spontanée du fémur, Hahn admit un allongement du membre à la deuxième période, suivi d'un raccourcissement au commencement de la troisième ou dès la fin de la seconde. Cet allongement était accompagné, pour lui, d'une projection de la crête iliaque en bas et en dehors; il signalait même un abaissement de l'ischion qui était plus éloigné de l'anus du côté malade que du côté sain. Le déplacement de l'os coxal, à la troisième période, était constant, suivant Hahn, et se produisait soit en haut, soit en bas.

Erichsen admet également ces variations et les considère comme apparaissant de bonne heure. Il signale l'allongement qui se traduit par une différence d'un demi-pouce au niveau des malléoles, lorsque le malade est couché sur le dos, mais qui ne donne aucune différence à la mensuration pratiquée de l'épine iliaque à la malléole interne. Pour Erichsen, l'épine iliaque antéro-supérieure est abaissée en même temps que plus saillante et ce déplacement serait dû à ce que, par suite du gonflement des parties molles de l'articulation l'os iliaque est porté en avant et subit en même temps une rotation qui incline en bas sa moitié antéro-supérieure. Erichsen ne pense pas que les différences de niveau des épines iliaques antérieures tiennent, comme dans la coxalgie, à une torsion de la colonne lombaire.

M. Hattute, dans sa thèse admet aussi une torsion de l'os iliaque dont l'épine antérieure est abaissée, et, dans le cas d'élévation de la hanche, il suppose que les muscles qui s'insèrent à la crête iliaque sont contractés. Ces deux propositions nous paraissent contestables. Du reste, M. Hattute fait très-bien voir que l'allongement apparent au début, dépend tout simplement d'une torsion du bassin autour de son axe antéro-postérieur, torsion qui se produit en vertu de la *position hanchée* que prend instinctivement le malade, et il critique, avec juste raison, le moyen employé par Hahn pour démontrer le prétendu allongement de la première et de la seconde période. Hahn, en effet, plaçait ses malades sur un tabouret, le pied du côté sain reposant sur le bord, et le membre du côté affecté pendant librement. Dans cette position, la moitié du bassin qui correspond au membre qui ne repose sur rien, s'abaisse nécessairement et produit ainsi l'allongement apparent.

Nous croyons, avec M. S. Duplay, qu'on a beaucoup exagéré la fréquence de ces changements de longueur apparente ou réelle du membre et que leur ordre de succession

ne présente rien de fixe, car on voit alternativement l'allongement ou le raccourcissement apparents se succéder chez le même malade. Nous pensons également que ces changements de longueur sont toujours apparents et qu'ils sont dus, comme dans la coxalgie, aux positions vicieuses que prend le bassin tout entier et aux mouvements de torsion ou d'inflexion qui se passent dans la colonne lombaire.

Nous rappellerons que les recherches modernes sur les altérations de longueur du membre dans la coxalgie ont établi que l'abduction du membre produit l'allongement apparent à la vue et le raccourcissement à la mensuration ; que l'adduction produit, au contraire, le raccourcissement apparent à la vue et l'allongement à la mensuration.

Sur ce sujet, on consultera avec fruit la thèse d'agrégation de M. Léon Labbé (1863) dans laquelle on trouve exposés les différents procédés de mensuration.

Les changements dans la longueur réelle du membre, lorsqu'ils atteignent 2 et 3 centimètres dans la sacro-coxalgie, ne doivent être acceptés qu'avec une grande réserve (S. Duplay). On ne saurait nier cependant que les altérations graves de l'articulation, la destruction des ligaments ne puissent permettre un certain degré de déplacement des surfaces articulaires, déplacement d'ailleurs limité par suite des connexions que l'os iliaque affecte avec celui du côté opposé au niveau de la symphyse pubienne.

Ce qui prouve bien qu'on a exagéré la fréquence des variations de longueur du membre dans la sacro-coxalgie, c'est que ce symptôme n'est, pour ainsi dire, noté dans aucune des observations les plus récentes qui doivent précisément nous inspirer le plus de confiance.

L'attitude du membre inférieur n'offre rien de spécial dans la sacro-coxalgie. Le plus souvent, lorsque le malade marche, il fléchit légèrement la jambe sur la cuisse. Couché, il laisse son membre dans l'extension ; cependant cette règle n'a rien

d'absolu, et Johnston (*Holmes's System*) parle de la flexion de la cuisse par suite de la rétraction du psoas.

Hahn pensait que dans la sacro-coxalgie la pointe du pied n'est jamais déviée. Ce signe ne saurait avoir la valeur qu'il lui attribuait.

Si l'attitude et la longueur du membre n'offrent rien de constant ni de caractéristique, il se produit cependant de notables changements dans son aspect. La fesse est souvent aplatie, comme élargie; ce qu'on peut attribuer à l'atrophie des muscles. Hahn a noté une plus grande profondeur du pli fessier. La cuisse et la jambe sont ordinairement émaciées et plus grêles. A la dernière période de la maladie, on voit survenir quelquefois un œdème de ces mêmes parties, dont le mécanisme se comprend facilement.

Nous devons noter ici le phénomène singulier qui paraît s'être produit chez la malade atteinte de sacro-coxalgie double dont nous avons parlé. Chez elle, il y a eu depuis le début de la maladie une diminution apparente de la taille; la malade paraît comme *enfouée dans son bassin*. Et en effet, autant qu'on en peut juger, les épines iliaques postérieures ont subi un certain degré d'écartement qui a dû permettre au sacrum de s'enfoncer entre les deux os coxaux. Les épines iliaques antérieures sont peut-être, par contre, un peu moins écartées qu'à l'état normal, et s'il existe entre elles une différence de niveau, elle consiste en une très-légère élévation de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche.

Ainsi que nous l'avons dit, les déplacements réels de l'os iliaque sur le sacrum sont rares et doivent toujours être peu prononcés. On ne peut contester cependant ces déplacements, et la mobilité des surfaces articulaires l'une sur l'autre a été non-seulement sentie quelquefois par les malades

(*observ.* de Joyeux), mais constatée dans un cas à l'autopsie (*observ.* de M. Larrey).

Pour apprécier le déplacement réel que subit dans ces cas l'os iliaque, M. Hattute propose, dans sa thèse, de prendre pour point fixe une des apophyses épineuses des vertèbres lombaires et de mesurer la distance qui la sépare des deux épines iliaques postérieures et supérieures. Mais ce procédé de mensuration ne tient pas compte de l'inflexion latérale de la colonne lombaire, si fréquente dans ces cas, et peut conduire à des résultats inexacts.

4° *Tuméfaction*. — La *tuméfaction* est, d'après Erichsen, qui ne paraît avoir observé que des cas graves, un symptôme apparaissant de bonne heure; elle serait ordinairement considérable. C'est cependant un signe moins constant que la douleur et plus difficile à constater dans les cas de sacro-coxalgie légère. Elle n'est pas notée dans un certain nombre d'observations.

Elle se manifeste à la partie postérieure de l'articulation, au niveau et au-dessous de l'épine iliaque postérieure et supérieure, et sur la partie correspondante du sacrum. Elle offre une forme *allongée de haut en bas* (Erichsen), et ne s'étend pas jusqu'à la dépression située immédiatement en arrière du grand trochanter. Elle donne le plus souvent la sensation d'un empâtement profond.

Le toucher rectal pourrait peut-être faire constater quelque chose d'analogue à la partie antérieure de l'articulation, s'il était pratiqué au début de la maladie.

En même temps, on constate parfois un peu d'élévation de température dans les points tuméfiés (Johnstone, in *Holmes's System*). Lorsque la suppuration survient, il se produit une série de phénomènes dont nous parlerons à propos des abcès.

La tuméfaction n'a pas toujours été indiquée par les auteurs. Quelques-uns même ont insisté sur l'aplatissement

de la région fessière (Hahn). Dans l'observation de Stoll, la fesse était à la fois aplatie et élargie.

5° *Abcès*. — Les *abcès* ne se forment qu'à la dernière période de la sacro-coxalgie, et, dans un certain nombre de cas, la maladie ne va pas jusqu'à la suppuration. Lorsque les abcès se forment, leur apparition a lieu à une époque variable, mais généralement tardive; ce n'est qu'après plusieurs mois, une année et souvent plus, que l'on constate leur existence (Erichsen).

Leur siège varie. Avec Erichsen, nous en décrirons deux variétés : les abcès *extra-pelviens* et les abcès *intra-pelviens*.

Parmi les premiers, les plus fréquents sont ceux qui se développent au niveau même de l'articulation, au voisinage de l'épine iliaque postérieure et supérieure. Ils communiquent plus ou moins directement avec l'articulation ou sont en rapport avec des altérations de l'os iliaque ou du sacrum au voisinage de celle-ci.

Mais, de ce point, ils peuvent fuser dans deux directions, soit en haut, soit en bas et en avant, vers la fosse iliaque externe et la région fessière.

Les abcès qui se portent vers la région lombaire et au-dessus de la crête iliaque sont souvent pris, comme le fait observer Velpeau, pour des abcès provenant d'altérations de la colonne lombaire.

Ceux qui se dirigent vers la fosse iliaque externe et la fesse peuvent se présenter avec les apparences d'abcès développés en dehors de l'articulation sacro-iliaque, au niveau d'un point altéré de la fosse iliaque externe; mais ils se distinguent, d'après Erichsen, des abcès provenant de l'articulation coxo-fémorale en ce qu'ils n'enveloppent pas le grand trochanter.

Les abcès *intra-pelviens* ont leur origine à la partie antérieure de l'articulation et peuvent de là se porter dans trois directions : 1° en bas, 2° en dehors, 3° en haut.

Ceux de la première variété, qui obéissent aux lois de la pesanteur, sortent, dans quelques cas, du bassin par la grande échancrure sciatique, au-dessous des muscles fessiers; Hahn dit que le pus peut descendre jusqu'au niveau du genou, entre les muscles de la partie postérieure de la cuisse. D'autres fois, ces abcès se dirigent plus en dedans, vers la face antérieure du sacrum, et arrivent autour du rectum et jusque dans la fosse ischio-rectale.

Dans le premier cas, après avoir plus ou moins décollé le tissu cellulaire péri-rectal, ils finissent souvent par s'ouvrir dans la cavité de l'intestin, et le pus est évacué par l'anus; dans le second, ils se font jour au périnée.

Les collections purulentes intra-pelviennes remontent rarement au devant de la colonne vertébrale. Erichsen signale cependant ce fait, et Courty a cité (*Dict. encyclop.*, art. *Bassin*) une observation dans laquelle le pus était arrivé jusqu'au niveau de la troisième vertèbre lombaire.

Les abcès qui se portent en dehors suivent la fosse iliaque interne, soit en décollant le périoste de l'os, soit en écartant les fibres du muscle iliaque dans la gaine duquel ils restent contenus. Ils peuvent alors venir faire saillie au pli de l'aîne comme les abcès par congestion de la colonne vertébrale, et s'ouvrir dans cette région. Dans une des observations de la thèse de Hattute, le pus était arrivé jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Dans les cas où l'abcès s'ouvre à l'extérieur, on voit préalablement la tumeur se ramollir, la peau devenir rouge et s'amincir; la fluctuation y est alors manifeste, et, si le chirurgien n'intervient pas, l'ouverture se fait spontanément, après que la tumeur a pris un volume plus ou moins considérable.

L'ouverture par laquelle le pus s'est écoulé reste fistuleuse; mais l'abcès peut se reformer, pour se vider à plusieurs reprises.

Lorsque l'ouverture se fait dans le rectum, le pus s'écoule par l'anus en quantité variable, et des séquestres sont quelquefois éliminés par cette voie (*observ.* de Joyeux).

Si la fistule est extérieure, un stylet ou une sonde permettent ordinairement d'arriver sur des portions d'os dénudées ou cariées; dans certains cas cependant (*observ.* de Giraud), cette exploration reste sans résultat.

L'ouverture des abcès est fréquemment suivie d'une aggravation dans l'état général, d'une augmentation de la fièvre, d'une élévation plus considérable de la température; en un mot, de tous les accidents qui accompagnent la communication du foyer d'un abcès par congestion avec l'atmosphère. La fétidité du pus et, quelquefois, quand il y a eu ouverture dans le rectum, un développement considérable de gaz dans la cavité de l'abcès, sont les signes de cette communication. (*abcès tympanique*, Erichsen.)

VII.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Résumant les symptômes décrits dans le paragraphe précédent, nous voyons que la sacro-coxalgie est caractérisée par une douleur plus ou moins vive à la région sacro-iliaque, par la claudication et quelquefois par des changements dans l'attitude du membre ; enfin par des signes locaux, la tuméfaction de la région malade et les abcès dont nous avons précisé le siège.

Les symptômes généraux ne doivent pas être oubliés dans le tableau de la maladie. Nuls ou à peu près nuls au début, à moins qu'il n'existe quelque complication, ils n'apparaissent généralement qu'à une période avancée, alors que sont survenus du côté de l'articulation des désordres graves, et surtout lorsque les abcès se sont ouverts. On voit alors apparaître tous les signes de la fièvre hectique et de la septicémie que favorise le plus souvent l'état de la constitution du sujet, s'il s'agit d'un tuberculeux.

Il nous paraît difficile d'établir des périodes distinctes dans la marche de la maladie, en raison de la grande variabilité des phénomènes, suivant la variété de l'affection que l'on observe. La seule distinction véritablement importante consiste à séparer la période qui précède la suppuration de celle qui commence au moment où celle-ci apparaît.

Hahn avait admis quatre périodes distinctes : dans la première, il y avait douleur ; dans la deuxième, claudication

et allongement du membre; la troisième était caractérisée par le déplacement de l'os iliaque entraînant soit le raccourcissement, soit l'allongement; la quatrième, enfin, correspondait à la suppuration et aux phénomènes d'hecticité. Cette division, fondée surtout sur les changements dans la longueur du membre, ne saurait être conservée puisque ceux-ci sont exceptionnels et ne figurent pas, la plupart du temps, parmi les symptômes, dans les observations que nous rapportons.

Quant aux *formes* de la maladie, nous admettrons une forme subaiguë et une forme chronique. La forme subaiguë s'observe principalement dans les variétés rhumatismale et blennorrhagique de la maladie. La forme chronique répond surtout à la sacro-coxalgie scrofuleuse et puerpérale.

La marche variable de l'affection que nous décrivons est surtout en rapport avec la distinction de ces quatre variétés.

La *durée* de la sacro-coxalgie varie entre quelques semaines et une ou plusieurs années. Les sacro-coxalgies rhumatismale et blennorrhagique ont une durée généralement moins longue que la sacro-coxalgie scrofuleuse ou puerpérale, en raison de la terminaison différente de ces deux dernières.

Mais si le rhumatisme et la blennorrhagie, qui n'entraînent guère la suppuration, rendent compte de la moindre durée des premières variétés de la sacro-coxalgie, ils exposent les malades à des *récidives* assez fréquentes.

La *terminaison* de la sacro-coxalgie peut se faire : 1° par la guérison complète; 2° par ankylose sans suppuration; 3° par suppuration; 4° enfin par la mort.

Nous ne faisons pas figurer parmi les modes de terminaison de la sacro-coxalgie l'*arthrite sèche*, uniquement parce que nous ne connaissons pas d'exemple dans lequel cette terminaison ait été démontrée. Mais il faut en reconnaître

la possibilité, et peut-être quelques-uns des faits publiés à la fin du siècle dernier se rapportent-ils à ce mode de terminaison.

Nous mentionnerons seulement pour mémoire la terminaison par *luxation spontanée* de l'ilion sur le sacrum. Même dans le cas d'une destruction des ligaments, le déplacement nous paraît devoir être toujours trop faible pour mériter le nom de luxation.

La *guérison complète* s'observe dans les variétés rhumatismale et blennorrhagique de la maladie, alors que les parties molles de l'articulation n'ont subi que des altérations légères qui n'empêchent pas le retour à l'état normal. La guérison complète, nous semble impossible sans ankylose quand la suppuration s'est effectuée.

La terminaison par *ankylose* sans suppuration est un mode de terminaison favorable et qui, si l'on en juge par le grand nombre de bassins sur lesquels on trouve une ankylose de l'une ou des deux articulations sacro-iliaques, ne doit pas être très-rare dans la sacro-coxalgie. Dans les cas où l'ankylose se fait sans suppuration, il n'en résulte, s'il s'agit d'adultes, que peu d'inconvénients; l'articulation ne jouissant, même à l'état normal, que d'une mobilité fort obscure.

La *suppuration* est la terminaison habituelle des sacro-coxalgies scrofuleuse et puerpérale. Dans la première variété, elle s'accompagne généralement de désordres si étendus et de complications tellement graves que la guérison ne peut guère être espérée. Elle peut cependant encore se faire, dans ces cas, par ankylose, et c'est la seule terminaison favorable. Le plus souvent la suppuration devient intarissable et le malade succombe à l'épuisement qu'elle entraîne.

La sacro-coxalgie puerpérale est suivie presque toujours, aussi, de suppuration et, si elle guérit, c'est encore par fusion des surfaces articulaires.

Lorsque la *mort* survient chez les sujets atteints de sacro-coxalgie, elle est due, le plus souvent, autant aux lésions concomitantes des viscères qu'à l'épuisement et au marasme qui résultent d'une suppuration prolongée.

Nous n'avons pas trouvé signalés dans les auteurs d'*accidents* graves autres que ceux qui résultent de la marche naturelle de la sacro-coxalgie et en particulier de la migration et de l'ouverture des abcès.

Parmi les complications, nous n'avons à noter que celles qui résultent du développement d'un *érysipèle* au pourtour d'une plaie fistuleuse ou d'une *infection purulente* à la suite de l'ouverture d'un abcès. La péritonite signalée dans une des observations et qui aurait pu être considérée comme le résultat des lésions de la sacro-coxalgie se rattachait, ainsi que le montra l'autopsie, à une tuberculisation du péritoine.

VIII.

DIAGNOSTIC.

Nous arrivons au chapitre le plus difficile de l'étude de la sacro-coxalgie, celui du diagnostic. Mal connue dans ses symptômes, la sacro-coxalgie a été jusqu'ici souvent confondue avec d'autres affections étrangères à l'articulation sacro-iliaque.

Parmi celles qui atteignent cette articulation et qui cependant doivent être distinguées de la sacro-coxalgie, il n'y a guère que le relâchement des symphyses survenant à la fin de la grossesse, et les suppurations métastatiques après l'accouchement qui puissent être confondues avec elles. Si ces dernières présentent, en effet, un certain nombre des symptômes de la sacro-coxalgie, si surtout elles occupent le même siège qu'elle, elles s'en distinguent cependant assez par la marche pour que nous n'ayons pas à revenir sur leurs caractères propres. Nous n'essayerons pas, non plus, de faire le diagnostic différentiel entre la sacro-coxalgie et l'arthrite rhumatismale de l'articulation sacro-iliaque puisque nous avons admis, avec l'appui des observations les plus récentes, que l'arthrite rhumatismale n'est qu'une des formes de la sacro-coxalgie.

Nous ne ferons que mentionner les différentes tumeurs qui peuvent prendre naissance aux dépens ou au voisinage de l'articulation, dans les os ou dans les parties molles; le cancer, les tumeurs fibro-plastiques, l'enchondrome, les hydatides, etc. Nous n'avons pas d'observations qui puissent nous fournir les éléments du diagnostic.

Mais un certain nombre d'affections tout à fait étrangères à l'articulation sacro-iliaque ayant été confondues avec la sacro-coxalgie ou en présentant quelque symptômes, nous allons les passer en revue et tâcher d'en indiquer les caractères différentiels.

Erichsen signale comme pouvant être confondus avec l'affection qui nous occupe :

- 1° La névralgie de la hanche ;
- 2° La sciatique ;
- 3° Le mal de Pott ;
- 4° La coxalgie ;
- 5° Les maladies des os du bassin.

Crocq signale, en outre, le lumbago, la psoïtis et la contracture des muscles fessiers, carré des lombes et sacro-spinaux comme susceptibles de donner lieu à des erreurs.

Ces différentes affections présentent, en effet, quelques-uns des signes de la sacro-coxalgie, suivant la période à laquelle on l'envisage. Nous les rangerons en trois groupes ; 1° les affections névralgiques ; 2° les affections du système musculaire de la région ; 3° celles qui portent sur le squelette et les articulations voisines.

1° *Affections douloureuses des nerfs.*

Au début de la sacro-coxalgie, alors que l'affection ne se traduit encore que par le symptôme douleur, l'observateur est tout naturellement porté à voir dans ce signe la preuve de l'existence d'une névralgie et quelquefois l'erreur persiste jusqu'à une époque avancée de la maladie. Un examen attentif fera cependant reconnaître que la douleur de la sacro-coxalgie n'a pas les caractères des douleurs névralgiques.

La névralgie *lombo-abdominale*, par quelques-uns des points

douloureux que lui a assignés Valleix, présente une certaine similitude avec la douleur qui a sa source dans l'articulation sacro-iliaque. Nous en dirons autant de la névralgie du nerf fessier. Mais c'est surtout avec la *sciaticque* que la confusion est possible et a été souvent commise.

Erichsen fait remarquer que les malades atteints de sciaticque sont généralement d'un âge plus avancé que les sujets qui présentent la sacro-coxalgie; d'autre part, il signale dans la sacro-coxalgie l'absence d'extension de la douleur à la partie postérieure de la cuisse, signe caractéristique de la sciaticque.

M. le professeur Gosselin a beaucoup insisté, dans ses leçons, sur ce point de diagnostic. Il fait remarquer que la douleur de la sacro-coxalgie non-seulement est limitée à la région de l'articulation où la pression la réveille, et qu'elle ne s'irradie pas au delà de quelques centimètres, mais qu'elle est, avant tout, produite par les mouvements; qu'elle entraîne une claudication marquée et qu'elle disparaît généralement lorsque le malade reste couché et immobile.

La douleur de la sciaticque s'irradie, au contraire, à la partie postérieure de la cuisse, et les malades, quand on leur demande d'en indiquer le siège avec le doigt, suivent exactement le trajet du nerf sciaticque. En outre, et ce point est capital, la douleur de la sciaticque existe au repos, comme pendant la marche; elle est plus continue et n'entraîne pas, du moins au début, une claudication marquée.

Il faut cependant ne pas oublier que la sciaticque peut coexister avec l'arthrite sacro-iliaque, et, dans l'observation de M. Guéniot, la violence des douleurs et l'existence constatée à l'autopsie d'un abcès entourant et comprimant, sans doute, le nerf sciaticque, nous porte à admettre que la névralgie a réellement existé.

2° Affections du système musculaire.

C'est dans les affections musculaires que nous rangerons le lumbago, la psoïte et la coxalgie hystérique, bien que nous ne connaissions pas exactement le siège anatomique de cette dernière maladie.

La sacro-coxalgie a quelquefois été prise, au début, pour un simple *lumbago* ; cette méprise avait été commise à propos d'un des malades de M. Larrey, avant son entrée à l'hôpital. Mais le siège des douleurs est situé plus haut dans le lumbago et si les mouvements de flexion et d'extension du tronc ainsi que la pression, de chaque côté, dans les gouttières vertébrales, réveillent la douleur, celle-ci n'apparaît pas par la pression au niveau même de l'articulation sacro-iliaque ou en quelque autre point de l'os des îles. La gêne de la marche dans le lumbago ne se traduit pas par une véritable claudication, et l'on ne constate pas que les mouvements de l'un des membres soient plus douloureux que ceux du côté opposé.

La *psoïtis* donne lieu, suivant les descriptions classiques, à la flexion de la cuisse sur le bassin avec rotation du pied en dedans, symptôme considéré comme pathognomonique. Cette attitude n'a pas été signalée dans la sacro-coxalgie, mais il faut convenir que les autres symptômes, en particulier le siège des douleurs à la partie inférieure de la colonne lombaire et dans la fosse iliaque, présentent une certaine similitude avec ceux de l'arthrite sacro-iliaque, lorsque celle-ci s'accompagne de la formation d'abcès intra-pelviens qui suivent souvent la même voie que ceux de la psoïtis pour venir proéminer au pli de l'aîne.

Dans la psoïtis, cependant, on ne trouvera pas la douleur localisée à la partie postérieure de l'articulation sacro-iliaque

ni celle que réveille la pression sur les parties latérales du bassin.

Si, comme le dit A. Johnstone (Holmes's Surgery), la *contracture du psoas* a été observée dans la sacro-coxalgie, l'existence de cette complication pourrait jeter le chirurgien dans un grand embarras.

Ainsi que nous l'avons dit, on ignore à peu près à quelle lésion anatomique répond l'ensemble symptomatologique désigné sous le nom de *coxalgie hystérique*; mais, comme il est bien prouvé aujourd'hui que dans cette affection l'articulation coxo-fémorale reste parfaitement intacte et que, d'autre part, il y a généralement contracture des muscles de la fesse nous parlerons ici du diagnostic différentiel de la sacro-coxalgie et de la coxalgie hystérique. Brodie est le premier à avoir indiqué cette contracture des muscles, qu'un certain nombre d'observateurs paraissent avoir constatée et qui cède toujours au sommeil chloroformique. Cette contracture s'accompagne aussi d'une hyperesthésie cutanée fort vive, et c'est pour cela, sans doute, qu'Erichsen fait le diagnostic de la sacro-coxalgie avec cette affection sous le nom de *névralgie de la hanche*.

Nous admettons bien la contracture des muscles, dans ces cas, mais nous devons avouer qu'il n'est pas suffisamment établi que cette contracture soit essentielle. Dans les cas où on l'a observée, a-t-on songé, après avoir constaté l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale, à s'assurer que l'articulation sacro-iliaque était également intacte? Un fait nous paraît éclairer la question d'une vive lumière, c'est celui de la malade de M. Verneuil dont l'observation a été donnée par Gadaud. Elle présentait tous les signes d'une coxalgie; mais par l'anesthésie chloroformique on constata que l'articulation coxo-fémorale était libre. Les symptômes persistant, on fit une cautérisation autour de la

hanche. Un érysipèle survint et emporta le malade. A l'autopsie, après avoir reconnu que l'articulation coxo-fémorale ne présentait pas d'altérations, on était sur le point de borner là les recherches, quand les poussant un peu plus loin on découvrit que l'articulation sacro-iliaque du même côté était suppurée et presque complètement détruite.

Ne peut-on pas croire qu'il en a été ainsi dans un certain nombre de cas de coxalgie dite hystérique? Nous sommes assez porté à l'admettre et, pour nous, la contracture des muscles qui donne lieu aux symptômes de la coxalgie reconnaîtrait assez souvent pour cause une lésion d'un des os du bassin et plus souvent encore une arthropathie sacro-iliaque. La contracture des muscles au voisinage d'un os malade est un fait fréquent sur lequel M. Chassaignac a maintes fois attiré l'attention de ses élèves, et dans une de ses leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en 1866, M. le professeur Dolbeau a insisté sur ces faits à propos du diagnostic des maladies de l'articulation coxo-fémorale.

3° *Affections du squelette et des articulations.*

Il nous reste à passer en revue les affections des os ou des articulations qui, par leurs symptômes, peuvent faire croire à l'existence d'une sacro-coxalgie.

Affections osseuses. — Toutes les affections du sacrum ou de l'os iliaque indépendantes des surfaces articulaires de ces os et suivies de la formation d'abcès peuvent donner lieu à l'erreur. Cependant, si le siège de la lésion osseuse ne permet pas toujours, en raison de sa proximité de l'articulation, d'éloigner l'idée d'une affection articulaire, l'absence de la douleur provoquée par les mouvements du bassin et par la pression sur les deux os ailleurs qu'au point malade, permettra de soupçonner que l'articulation n'est pas atteinte. Les abcès qui se développent

au niveau de la partie moyenne de la crête iliaque ou au niveau de la tubérosité de l'ischion sont, par leur siège, assez éloignés de l'articulation pour ne pas prêter à confusion, si l'épine iliaque postérieure n'est pas douloureuse et s'il n'y a pas d'empâtement à son niveau. S'il existe des fistules et que le stylet arrive directement sur l'os carié, nécrosé ou simplement dénudé, la présomption se changera en certitude.

Les altérations de la face antérieure du sacrum et de la fosse iliaque interne, sont plus difficiles à reconnaître quand elles sont indépendantes d'une affection de l'articulation, parce que les abcès auxquels elles donnent lieu suivent la même voie que ceux de la sacro-coxalgie suppurée. Cependant les signes fonctionnels du côté de la marche doivent toujours être moins prononcés dans ces cas.

Rappelons ici ce que nous avons dit dans le paragraphe précédent, à propos de la contracture des muscles qui se produit au voisinage des os malades et peut compliquer la question de diagnostic.

Mal de Pott. — Le diagnostic des lésions de la colonne vertébrale qui constituent le mal de Pott, ne semblerait pas pouvoir donner lieu à une confusion avec la sacro-coxalgie. Il est des cas, cependant, où le diagnostic peut rester incertain. Sans doute, lorsque l'affection des vertèbres siège en un point élevé, lorsqu'elle s'accompagne de saillie à la région des apophyses épineuses, il n'y a pas à hésiter. Mais, si la lésion porte sur les dernières vertèbres lombaires, les symptômes se rapprochent davantage de ceux de la sacro-coxalgie, surtout quand apparaissent, du côté du bassin, les abcès qui suivent la même voie dans les deux cas. Si, comme cela arrive souvent, l'inflexion de la colonne vertébrale tarde à se produire à la région lombaire, le diagnostic offre des difficultés.

Cependant, dans ces cas, la pression ou la percussion au

niveau des apophyses épineuses déterminent de la douleur et la même manœuvre pratiquée sur l'épine iliaque postérieure et supérieure n'en provoque pas. Nous ne pouvons ajouter, avec Erichsen, que dans ce cas, il y a absence de déplacement de l'aile de l'os coxal et par suite d'allongement du membre, puisque nous considérons ces déplacements comme non démontrés.

Il ne faut pas oublier de noter la fréquence des altérations du mal de Pott, coïncidant avec les lésions de la sacro-coxalgie; plusieurs des autopsies dont nous donnons les résultats en sont de remarquables exemples.

Enfin, si l'on se trouvait en présence d'une arthrite localisée à l'articulation de la cinquième vertèbre lombaire avec le sacrum, ou, comme l'indique Crocq, d'une tumeur blanche de l'*articulation sacro-vertébrale*, il y aurait certainement d'assez grandes difficultés à reconnaître le siège de l'affection en raison de sa proximité de l'articulation sacro-iliaque. Nous ne connaissons aucun fait de ce genre qui permette de baser un diagnostic sur les signes propres à cette dernière affection.

Coxalgie. — C'est avec la coxalgie que l'on confondait presque toujours, autrefois, la sacro-coxalgie. Aujourd'hui encore, quoique la coxalgie soit bien connue, cette erreur est facile à commettre. Aussi ne devra-t-on pas s'étonner des détails dans lesquels nous entrerons à propos du diagnostic différentiel de ces deux affections. D'après Erichsen, ce serait surtout avec la forme de coxalgie, qu'il a décrite sous le nom d'*acétabulaire*, que la confusion serait fréquente. On n'admet pas complètement en France, la distinction de l'auteur anglais sur ce sujet. Nous devons cependant tenir compte de la remarque d'Erichsen.

Pour bien préciser le diagnostic, il importe, ainsi que l'a fait M. Broca dans une de ses cliniques (8 mars 1869), que nous a communiquée M. P. Hybord, de considérer la

maladie, d'abord au début, puis à l'époque où les abcès se sont formés.

Au *début*, la tuméfaction est nulle à la région coxo-fémorale, s'il s'agit d'une sacro-coxalgie, alors même que les autres signes éveillent l'idée d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale.

La douleur peut être exactement déterminée dans son siège, à cette période, par la pression directe et par l'exploration indirecte (Broca). Dans la coxalgie, la *pression directe* détermine de la douleur en deux points : 1° en arrière et au-dessus du grand trochanter ; 2° en avant, au pli de l'aîne.

Dans la sacro-coxalgie, la pression qui a donné des résultats négatifs pour les régions indiquées ci-dessus, devient très-douloureuse dès qu'elle est appliquée au niveau du sacrum et de l'épine iliaque postérieure et supérieure.

L'*exploration indirecte* n'est pas moins démonstrative quand elle est bien pratiquée :

Dans la coxalgie, les mouvements imprimés à la cuisse, et principalement l'abduction et la rotation en dehors, sont douloureux, ils arrachent souvent des cris au malade ;

Ces mêmes mouvements exécutés dans la sacro-coxalgie ne réveillent aucune douleur, si, comme le fait remarquer Erichsen, on a la précaution de *fixer solidement le bassin* avec les mains pour éviter que les mouvements se communiquent par l'intermédiaire de l'os iliaque jusqu'à la symphyse sacro-iliaque. Cette précaution prise, on peut impunément porter la cuisse dans l'extension, dans la flexion, dans l'abduction et l'adduction ; on peut même faire exécuter des mouvements de circumduction sans produire la moindre douleur.

C'est à cause de la transmission du choc jusqu'au sacrum que la percussion sur la plante du pied, ou sur le genou fléchi et même celle du grand trochanter, utiles pour le diagnostic de la coxalgie, ne peuvent être employées avec

avantage pour celui de la sacro-coxalgie. M. Hattute conseille, d'après M. Larrey, d'employer le moyen suivant pour réveiller la douleur dans la sacro-coxalgie. On fait asseoir le malade dans son lit et on l'invite à se soulever en s'appuyant sur les deux poings, les bras rapprochés du corps étant dans l'extension, puis à se laisser retomber.

A ce moment, il se produit une douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque dont le malade indique exactement le siège.

Ce moyen ne peut être employé qu'au début de la maladie alors que l'articulation ne présente pas d'altérations avancées.

Les changements d'attitude et de longueur du membre inférieur auraient aussi, pour la plupart des auteurs et pour Erichsen en particulier, leur valeur dans le diagnostic différentiel. Mais nous avons vu combien ces changements d'attitude, et surtout les changements de longueur, sont problématiques. La plupart des observations récentes ne les mentionnent pas, et M. Broca les nie dans la sacro-coxalgie. Nous pensons que, s'ils se produisent, ils sont dus, comme dans la coxalgie, à la contraction des muscles que les malades, et surtout les enfants, exécutent involontairement pour donner au bassin une position qui diminue la douleur. On voit, en effet, la colonne lombaire s'infléchir latéralement, se tordre autour de son axe ou se cambrer fortement en arrière, d'où résultent pour le bassin des mouvements de rotation autour de ses axes antéro-postérieur, vertical ou transversal, et tous les changements dans l'attitude et la longueur apparente des membres qui en sont la conséquence.

Quoi qu'il en soit, voici, d'après Erichsen, les symptômes qui, au point de vue des attitudes et des changements de longueur, différencieraient la sacro-coxalgie de la coxalgie.

Dans la coxalgie, à une période avancée, il se produit toujours un raccourcissement considérable ;

Ce raccourcissement n'existe jamais dans la sacro-coxalgie.

Dans la coxalgie au début, il y a quelques fois allongement;

Dans la sacro-coxalgie cet allongement se produit d'une manière constante et persiste pendant la durée de la maladie.

La mensuration de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne donne un allongement appréciable dans le cas de coxalgie; mais pour la sacro-coxalgie l'allongement échappe à ce mode de vérification parce que, d'après Erichsen, il résulte de modifications survenues dans la situation relative du sacrum et de l'os iliaque, en un point, par conséquent, plus élevé que celui qui sert de point fixe supérieur pour la mensuration.

Les doutes que nous venons d'élever relativement à la valeur de ces signes s'appliquent également à ce que dit Erichsen des différences de niveau des épines iliaques. Pour lui, dans la coxalgie, la position oblique du bassin donne naissance à l'allongement apparent, conséquence de l'abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure, mais, en ramenant le bassin à la rectitude par rapport à l'axe du tronc, l'allongement disparaît;

Dans la sacro-coxalgie, l'allongement ne disparaîtrait pas, quelle que soit la position que l'on donne au bassin, car cet allongement est dû à un changement de rapports de l'os iliaque correspondant et du sacrum.

Nous avons déjà parlé du moyen de mensuration indiqué par M. Hattute pour vérifier ce déplacement de l'os iliaque et des causes d'erreur qu'il comporte.

Tout ce que nous venons de dire par rapport au diagnostic de la sacro-coxalgie et de la coxalgie se rapporte à la période de début des deux affections, alors qu'il n'existe aucune apparence d'abcès.

Lorsque les abcès se sont formés et siègent en arrière au

niveau même de l'articulation sacro-iliaque, le doute n'est guère possible.

Les abcès dans la coxalgie apparaissent ordinairement à la partie antérieure et interne de la cuisse, ou bien en arrière et en dehors.

Dans le premier cas, ils peuvent être confondus avec la variété d'abcès de la sacro-coxalgie qui, suivant la gaine du psoas, vient apparaître au pli de l'aîne, au-dessous de l'arcade de Fallope; dans ce cas, c'est surtout avec un abcès par congestion venant de la colonne lombaire que le chirurgien est exposé à confondre l'abcès de la sacro-coxalgie. L'embarras peut être assez grand. Le plus ordinairement, cependant, dans la sacro-coxalgie, en même temps que l'abcès de la fosse iliaque interne, existe un autre abcès à la partie postérieure de l'articulation sacro-iliaque, dont l'existence lève tous les doutes (Broca).

Lorsqu'il n'existe qu'un seul abcès, dans la fosse iliaque externe, en arrière du grand trochanter, la direction des trajets fistuleux permettra quelquefois, mais non toujours, de constater si le pus provient de l'articulation coxo-fémorale ou de l'articulation sacro-iliaque.

N'oublions pas, enfin, que la coexistence d'une sacro-coxalgie suppurée avec une coxalgie a été notée, et dans sa leçon clinique du 22 avril 1869, M. Gosselin a insisté, à propos d'une malade de son service, sur la difficulté que présente, dans ce cas, le diagnostic.

En résumé, si la coxalgie et la sacro-coxalgie, au début, présentent certains symptômes communs, tels que la douleur du genou, la claudication et exceptionnellement les changements dans l'attitude et la longueur apparente du membre, on reconnaîtra généralement la sacro-coxalgie au *siège spécial de la douleur* provoquée et à la *liberté absolue des mouvements de l'articulation coxo-fémorale*. L'âge devra aussi entrer en ligne de compte pour le diagnostic. Autant la

coxalgie est fréquente dans l'enfance, autant la sacro-coxalgie y est rare. Chez les sujets de 18 à 30 ans, la sacro-coxalgie présente au contraire, une fréquence relative, comme le prouvent les observations que nous rapportons.

Dans les cas où le diagnostic est difficile, on ne devra négliger aucun des moyens d'exploration que nous venons d'indiquer pour arriver à la constatation de tous les signes qui peuvent conduire à la découverte de la vérité.

Le toucher rectal rendra quelquefois des services en faisant constater une douleur à la partie antérieure de l'articulation alors que la pression extérieure au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure n'en réveille pas.

Dans les cas douteux, il ne faudra pas hésiter à employer le chloroforme qui permettra toujours de reconnaître l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale si certains symptômes semblaient indiquer une lésion de ce côté.

IX.

PRONOSTIC.

La gravité du pronostic a été diversement appréciée par les observateurs. Chacun d'eux, n'ayant eu, généralement, l'occasion d'observer qu'un petit nombre de cas, s'est trouvé porté à exagérer ou à atténuer la gravité du pronostic suivant les faits qui s'étaient présentés à lui.

Hahn pense que la sacro-coxalgie n'est susceptible de guérir que lorsqu'elle est encore à la première des quatre périodes qu'il a admises. A la deuxième période, la guérison ne peut se faire, d'après lui, que par ankylose; enfin, lorsque la carie est survenue, la mort est, pour cet auteur, inévitable.

M. Hattute admet que le pronostic varie avec la période de la maladie et que, lorsqu'il y a suppuration de l'articulation et altération des os, le pronostic a la même gravité que dans les cas de carie vertébrale avec abcès par congestion. Il signale, en outre, l'influence de la constitution et des affections antérieures sur la marche et par suite sur le pronostic de la maladie.

Erichsen considère le pronostic comme toujours très-défavorable. « Je ne saurais dire, ajoute-t-il, s'il est nécessairement fatal, mais je n'ai jamais vu un malade guérir après le complet développement de la maladie et après que la suppuration s'était déclarée. J'ai cependant vu un cas de guérison dans lequel, d'après les commémoratifs, l'épaississement au niveau des articulations sacro-iliaques et le déplacement permanent du côté du bassin, étaient autant de

raisons pour croire que cette maladie avait existé. Mais, dans ce cas, il n'y avait pas eu de formation d'abcès.»

Mais, ainsi que nous l'avons fait remarquer déjà, Erichsen n'a observé et décrit la maladie que dans sa forme la plus grave, c'est-à-dire chez des sujets scrofuleux ou profondément débilités.

Velpeau admet que la maladie prise au début et traitée a des chances de guérison, mais que lorsque les altérations osseuses sont survenues, celle-ci est presque impossible à obtenir. Il signale, en particulier, les dangers que courent les malades après l'ouverture des abcès.

M. Gosselin ayant observé la sacro-coxalgie dans une de ses formes les moins graves a pu dire que la maladie entraîne rarement la mort quand elle n'est pas consécutive à une infection purulente ou à une fièvre puerpérale. Toutefois, dit-il, la guérison est rarement complète.

Il est bien évident que si l'on admet les formes rhumatismales et blennorrhagiques de la sacro-coxalgie, cette affection ne comporte pas toute la gravité de pronostic que lui ont assignée les premiers observateurs.

Mais la question de gravité ne peut se juger par des chiffres, dans l'état actuel de nos connaissances. En réunissant tous les faits publiés, on arriverait même, croyons-nous, à un résultat erroné. En effet, presque tous les faits dans lesquels l'autopsie a fait reconnaître les lésions de la sacro-coxalgie ont été publiés. Les formes plus bénignes de la maladie ont été, au contraire, souvent méconnues et, quand elles ont été diagnostiquées, on les a rarement publiées.

Nous dirons donc que le pronostic de la sacro-coxalgie est grave et même très-grave chez les scrofuleux et les tuberculeux; qu'il est grave encore chez les femmes récemment accouchées; qu'enfin il est sérieux chez les individus d'une bonne constitution ou rhumatisants et chez ceux qui sont atteints de blennorrhagie. Une articulation aussi importa 1

que l'articulation sacro-iliaque ne saurait, à coup sûr, être affectée sans danger, et dans ces cas, en particulier, les récidives sont surtout à craindre.

En dehors de la question de constitution et de diathèse, il faut encore tenir compte de l'âge des sujets atteints de sacro-coxalgie. Chez les petites filles, cette maladie, en raison des déformations du bassin qui suivent l'ankylose de l'articulation sacro-iliaque, aurait plus tard, au point de vue de l'accouchement, des conséquences dont la gravité ne peut échapper à personne. Mais nous avons vu que la sacro-coxalgie est une affection rare dans l'enfance.

TRAITEMENT.

Le traitement de la sacro-coxalgie est celui des tumeurs blanches, en général; il présente d'assez grandes analogies avec celui qui est journellement employé pour la coxalgie, mais avec quelques indications spéciales qui tiennent surtout à la différence de mobilité des deux articulations, à l'état normal.

L'expérience n'ayant pas encore prononcé dans un nombre de cas suffisant sur la valeur des moyens mis en usage dans le traitement de la sacro-coxalgie, nous nous attacherons surtout à poser les indications et à signaler les modes de traitement les plus rationnels.

Le *traitement général* a une importance prépondérante dans la forme la plus fréquente des arthropathies sacro-iliaques, celle qui se développe chez les scrofuleux et les tuberculeux. Là, comme dans le traitement des tumeurs blanches des autres articulations, le chirurgien doit s'efforcer de combattre la diathèse, de modifier la constitution, à l'aide des moyens hygiéniques qui sont à sa disposition et du traitement interne habituel.

Les antiscrofuleux ont été conseillés par Boyer et l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer tiennent aujourd'hui la première place parmi ces médicaments. L'administration à l'intérieur du phosphate de chaux, trouvera souvent aussi son indication chez les jeunes sujets dont le développement osseux n'est pas encore terminé.

Dans les cas où l'arthropathie sacro-iliaque est liée à l'existence d'une blennorrhagie, le traitement de cette dernière affection devra être institué immédiatement. Dans l'observation de Rollet que nous reproduisons, il n'est pas question d'un autre traitement. Dans celle de M. Siredey une thérapeutique plus active dut être instituée.

Si la connaissance de la cause qui a déterminé la sacro-coxalgie a une grande importance pour le traitement et fournit des indications spéciales, il faut, pour instituer le *traitement local*, tenir compte surtout de la période de la maladie.

En effet, les indications diffèrent suivant qu'on envisage la maladie

- 1° Tout à fait au début;
- 2° Alors qu'elle est confirmée;
- 3° Lorsque la suppuration est survenue.

1° Au *début* de la sacro-coxalgie, les deux phénomènes dominants, la douleur et la claudication, fournissent deux indications à remplir : combattre la douleur, tenir le malade au repos (Gosselin).

La douleur sera avantageusement combattue par l'emploi d'un *liniment chloroformé* en frictions, matin et soir, sur la région douloureuse et par les *injections sous-cutanées* de chlorhydrate de morphine que l'on pratiquera de préférence le soir, dans la région de la fesse.

Le repos aussi complet que possible sera prescrit. Le malade devra être tenu au lit et, à cette période de la maladie, le décubitus dorsal suffira généralement pour assurer l'immobilisation de la symphyse.

Si, pour des raisons particulières, que nous ne prévoyons pas, le malade ne pouvait garder un repos complet au lit, la marche ne devrait être permise qu'avec l'aide de deux béquilles et en immobilisant le membre affecté avec un ban-

dage. Encore est-il facile de voir que cette précaution ne remplirait qu'imparfaitement le but que se propose le chirurgien, à savoir l'immobilisation de la jointure.

Chez les femmes récemment accouchées, dont les symphyses ont, vers la fin de la grossesse, présenté quelques signes de relâchement, ces précautions seront rigoureusement observées. On devra les maintenir au lit pendant un temps souvent fort long, alors que l'état général n'inspire même aucune crainte et, lorsqu'elles se lèveront, on aura soin de maintenir le bassin serré à l'aide d'un bandage de corps ou d'une ceinture, pour prévenir le développement de cette variété de sacro-coxalgie que nous avons admise.

2° Lorsque *la maladie est confirmée*, et qu'au niveau de l'articulation on constate un empâtement et une tuméfaction caractéristiques, il faut joindre aux moyens précédents l'emploi des *révulsifs* et d'une *immobilisation* plus rigoureuse à l'aide d'appareils spéciaux.

Nous ne disons rien des antiphlogistiques, aujourd'hui généralement bannis du traitement de ces lésions articulaires dont la marche n'offre jamais, en définitive une grande acuité.

Presque tous les chirurgiens, au contraire, ont employé les révulsifs dans le traitement de la sacro-coxalgie, depuis le simple badigeonnage avec la teinture d'iode ou le vésicatoire volant jusqu'à la cautérisation avec le fer rouge.

Larrey (*Clinique chirurgicale*, t. III, p. 330) recommandait les *moxas* appliqués sur la région malade, mais en évitant les points de la peau qui répondent à des saillies osseuses. C'est aux *moxas* répétés qu'à eu plusieurs fois recours avec avantage M. le Dr H. Larrey (*Thèse de Hattute*).

Le *cautère*, appliqué avec la pâte de Vienne, produit des effets analogues, mais son action est peut-être moins immédiate.

On donne plus généralement aujourd'hui la préférence à

la *cautérisation* pratiquée avec le fer rouge, sous forme de *raies* ou de *pointes de feu*. Foucher l'a employée chez le malade de M. Siredey, avec un succès assez remarquable : la cessation des douleurs fut immédiate. M. le D^r L. Lefort a eu recours au même traitement chez le malade qui est encore dans son service.

L'*immobilisation* à cette période de la maladie ne peut être obtenue d'une manière complète qu'à l'aide d'appareils semblables à ceux qui sont employés dans le traitement de la coxalgie.

Ces appareils sont souvent fabriqués par le chirurgien lui-même et solidifiés avec l'amidon, la dextrine, le plâtre ou le silicate de potasse. Ils doivent embrasser complètement le bassin, et le membre correspondant au côté affecté, être bien rembourrés d'ouate et suffisamment rigides pour s'opposer à tous les mouvements.

L'appareil dont se sert M. Verneuil pour la coxalgie, dans lequel une attelle en T embrasse le bassin et s'applique au membre malade est un de ceux qui méritent la préférence.

On n'a pas, comme dans la coxalgie, à se préoccuper, au moment de l'application de ces appareils, de corriger les attitudes vicieuses du membre, tout à fait exceptionnelles, dans la sacro-coxalgie.

Ces appareils immobilisent bien la jointure. On les applique souvent après avoir fait sur la région malade une cautérisation transcurrente ou placé plusieurs cautères ; mais il devient alors impossible de surveiller les phénomènes que ces révulsifs peuvent déterminer du côté des parties molles.

Aussi donnera-t-on souvent la préférence aux appareils construits par les fabricants, pour le traitement de la coxalgie. Parmi ces appareils la *gouttière de Bonnet* occupe le premier rang. Elle immobilise suffisamment l'articulation malade et facilite beaucoup le déplacement des malades pour tous les soins de propreté. On l'a rarement employée cependant

dans le traitement de la sacro-coxalgie si nous en jugeons par les observations.

Dans le traitement de la sacro-coxalgie double son usage nous paraît tout à fait indiqué.

Si l'on ne pouvait se procurer la gouttière de Bonnet on la remplacerait au besoin par les appareils analogues moins dispendieux qui servent dans le traitement de la coxalgie.

Chez les sujets dont la guérison est presque effectuée et auxquels on permet la marche, on pourrait avoir recours aux appareils spéciaux, tels que celui de Mathieu, pour la coxalgie, qui tout en fixant solidement le bassin, permettent la déambulation.

Nous ne voyons aucune circonstance dans laquelle le traitement de la sacro-coxalgie réclame l'intervention opératoire du chirurgien. La résection ne saurait être pratiquée, fût-elle partielle; tout au plus y a-t-il quelquefois des séquestres à extraire. L'ankylose de l'articulation est une terminaison favorable qu'il faudrait se garder d'empêcher.

Parmi les moyens adjuvants, dans le traitement de la sacro-coxalgie, mentionnons les purgatifs (Gosselin) et les grands lavements émollients que Velpeau comparait dans une de ses leçons à une sorte de cataplasme interne pour la symphyse. L'accumulation des matières fécales dans le rectum et l'S iliaque doit être évitée en effet, à cause des rapports de voisinage qu'affecte avec la symphyse sacro-iliaque cette portion de l'intestin.

3° A la *période de suppuration*, les indications du traitement se modifient, ou, du moins, la formation des abcès entraîne forcément des changements dans les moyens à employer. Il arrive souvent, à cette période, quand les abcès se forment à la partie postérieure de l'articulation, et c'est le cas le plus favorable, sinon le plus fréquent, que les malades cessent de pouvoir conserver le décubitus dorsal.

Ils sont obligés de se tenir couchés sur le côté sain. Dans ces cas, comme nous le voyons dans une observation de M. H. Larrey, on se trouve bien quelquefois de placer plusieurs coussins sous le côté du bassin sur lequel porte le poids du corps.

Presque toujours la formation des abcès à la partie postérieure obligera à enlever les appareils inamovibles qui auront été appliqués.

Ce que nous dirons ici du traitement des collections purulentes est surtout applicable au traitement des abcès extra-pelviens qui se forment en arrière, au niveau de la symphyse. Les abcès qui suivent la fosse iliaque interne et proéminent à la région de l'aîne, sont assimilables en tout à ceux qui proviennent de la colonne vertébrale, et sont, du reste, souvent confondus avec ces derniers.

L'abcès une fois formé, une question importante se présente pour le traitement. Le chirurgien doit-il intervenir pour l'ouvrir, et s'il le fait, à quel moment et par quels moyens peut-il intervenir avantageusement?

L'intervention hâtive paraît repoussée par la majorité des chirurgiens. Mais quand l'abcès a un certain volume, on a à choisir entre les moyens suivants :

1° Le ponctionner avec un bistouri étroit. Ce moyen est généralement rejeté aujourd'hui ;

2° L'ouvrir à l'aide de la pâte de Vienne appliquée sur la tumeur. Ce moyen, souvent employé, a quelques avantages. Velpeau pensait même qu'on pourrait avoir recours à de larges applications de caustique pour modifier les parois du foyer sur une certaine étendue ;

3° A l'aide du drainage, évacuer le pus et pratiquer ensuite les injections iodées qui ont donné de bons résultats à M. Chassaignac dans les suppurations des autres articulations ;

4° Enfin, vider la poche purulente avec un trocart de

petites dimensions et un des instruments aspirateurs imaginés dans ces derniers temps. Ce moyen semble mériter la préférence sur les autres. Les évacuations devront être nécessairement pratiquées plusieurs fois parce que le pus se reproduit, mais on évite l'introduction de l'air dans le foyer de la suppuration et tous les inconvénients qui en découlent.

Quand cette communication de la cavité purulente avec l'air extérieur s'est établie, il se produit fréquemment des accidents d'infection putride.

Velpeau a cité deux cas dans lesquels ces accidents furent promptement mortels : le premier, chez un jeune homme, le second, chez une dame âgée, et il se demandait si, dans ces cas, il ne vaudrait pas mieux laisser l'abcès s'ouvrir spontanément. Il ajoute, dans un autre passage, qu'il a ouvert un certain nombre de ces abcès sans que les accidents se soient produits.

Lorsque l'abcès est ouvert à l'extérieur, il devient indispensable d'empêcher la décomposition du pus par des injections détersives, en particulier par les injections iodées fréquemment renouvelées. Ces injections, dans les cas les plus heureux, auront même pour résultat de modifier avantageusement les parois de la poche et les portions d'os altérées, et d'amener la cicatrisation.

Ce résultat, sur lequel il ne faut pas beaucoup compter, serait suivi d'une ankylose de l'articulation, seul mode de guérison possible à cette période.

C'est surtout à ce moment de la maladie qu'il faut chercher, par tous les moyens, à soutenir l'état général des malades pour leur permettre de résister aux conséquences d'une suppuration toujours longue.

CONCLUSIONS.

1° La sacro-coxalgie est la tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque;

2° C'est une affection encore peu étudiée, mais moins rare qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour;

3° Les lésions qui la constituent sont analogues à celles des tumeurs blanches des autres articulations, et surtout à celles des articulations vertébrales dans le mal de Pott;

4° La sacro-coxalgie, très-rare dans l'enfance, devient plus fréquente vers la vingtième année. Elle se développe principalement sous l'influence de la *scrofule*, de l'*état puerpéral*, du *rhumatisme* et aussi de la *blennorrhagie*;

5° Les principaux symptômes sont : la *douleur* spontanée ou provoquée au niveau de l'articulation malade, la *claudication* précoce, la *déformation* et la *tuméfaction* de la région.

Les changements d'attitude et de longueur apparente du membre inférieur n'ont rien de constant et paraissent dus, comme dans la coxalgie, à la contraction des muscles et aux inflexions de la colonne lombaire. Les variations dans la longueur réelle ne sont pas démontrées dans la sacro-coxalgie uni-latérale;

6° La marche, ordinairement *chronique*, peut être *subaiguë*. Elle est en rapport surtout avec les différentes variétés de la sacro-coxalgie. La terminaison par *suppuration* est fréquente dans la variété scrofuleuse et dans celle qui survient après l'accouchement; les abcès qui se développent consécutivement sont *intra-pelviens* ou *extra-pelviens* dès le début, quelle que soit leur marche ultérieure;

7° La sacro-coxalgie a souvent été méconnue. On l'a confondue surtout avec la *sciatique* et la *coxalgie*. Les signes

que nous avons indiqués permettent de la reconnaître, toutes les fois qu'on songe à les rechercher;

8° Le pronostic, toujours sérieux, est très-grave quand il y a tendance à la *suppuration*. La formation et l'ouverture des abcès entraînent souvent la *mort*. La terminaison par *ankylose*, favorable dans les autres cas, peut être suivie, chez les jeunes filles, de déformations du bassin nuisibles, plus tard, au travail de l'accouchement;

9° Le traitement consiste, au début, dans l'emploi des *calmants* et dans l'*immobilisation*; plus tard, dans celui des *révulsifs* sur la région malade.

Le traitement des abcès ne diffère pas de celui des abcès par congestion de la colonne vertébrale.

FAITS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I

Sacro-coxalgie gauche, suppurée; autopsie (Observation de Hahn, Ueber die Sacro-coxalgie, Stuttgart, 1833.); résumé.

Chez un jeune homme de 49 ans, il y avait une carie des corps des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires et de leurs disques. A gauche, le cartilage de l'articulation sacro-iliaque était détruit et les surfaces osseuses, étaient cariées. Le pus avait suivi le muscle iliaque vers l'aîne et, d'autre part, avait fusé par l'échancrure sciatique à la fesse. Les ligaments et les muscles, autour de la lésion, se confondaient avec le tissu cellulaire, au milieu duquel les muscles tranchaient à peine par leur couleur rouge.

II

Sacro-coxalgie suppurée; autopsie (Observation de Hahn, Mémoire cité); résumé.

Chez un homme de 20 ans, on trouva une séparation du sacrum et de l'os iliaque qui était de deux pouces plus élevé. Son extrémité postérieure cariée se laissait couper au couteau. Les trois fausses apophyses transverses supérieures du sacrum, jusqu'aux trous sacrés, sont cariées. Le cartilage est détruit presque entièrement; les nerfs sacrés baignés dans le pus; les muscles dégénérés et infiltrés de pus. — Les corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires sont aussi cariés et leurs cartilages détruits.

III

Sacro-coxalgie gauche, suppurée; autopsie (Observation de Hahn, Mémoire cité); résumé.

Chez un homme de 26 ans, il y avait déviation en dedans de la cuisse droite, de telle sorte que le genou droit était croisé sous le gauche. La crête iliaque gauche était portée en dehors plus que la droite.

La distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, était, à gauche, de cinq pouces et dix lignes; à droite, elle était de quatre pouces et dix lignes. Leur distance aux genoux était la même.

Abcès par congestion *à droite*, allant de la troisième lombaire à l'extrémité inférieure du rectum, sans que, de ce côté, on pût découvrir une altération osseuse.

A gauche, du ligament de Poupart, sous le psoas, à la symphyse sacro-iliaque gauche, abcès avec dégénérescence des muscles. La symphyse est ossifiée en haut et en arrière; le reste des surfaces articulaires est dépouillé de cartilages et présente des surfaces osseuses saines ou cariées, suivant les points. En arrière, le sacrum était carié; une fusée purulente allait de l'articulation vers la tubérosité de l'ischion. Il existait encore d'autres trajets fistuleux borgnes.

IV

Sacro-coxalgie droite avec mal de Pott; mort; autopsie (Observation de Nichet, Gaz. médic., 1840); résumé.

Garçon de 18 ans, observé à l'Hôtel-Dieu en 1834. Malade depuis quatorze mois. — Au début, douleurs dans les genoux, puis à la partie inférieure de la région dorsale. Habitudes de masturbation. Inflexion dorso-lombaire. Application de cautères au niveau de la gibbosité. Amélioration pendant une année.

En octobre 1835, violente douleur à la fesse droite, avec tuméfaction. En décembre, abcès autour de la gibbosité; ils s'ouvrirent spontanément et laissèrent des fistules.

En avril 1836, le malade, tombé dans le marasme, meurt en trois jours avec les signes d'un épanchement péricardique.

A l'autopsie. Un demi-litre de sérosité dans le péricarde. Pas de tubercules pulmonaires. Quelques glandes bronchiques renferment des masses caséuses.

Destruction complète des cartilages des première et deuxième vertèbres lombaires; il n'en reste aucune trace.

La deuxième vertèbre lombaire nécrosée est en plusieurs fragments. Plusieurs petites excavations renfermant de la matière tuberculeuse dans le corps de la troisième et de la quatrième vertèbres lombaires. Trajet fistuleux, étendu de la première vertèbre au petit trochanter en suivant le bord interne du psoas.

Le périoste de la face antérieure du sacrum et celui qui passe au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite est soulevé par une masse considérable de matière tuberculeuse, blanche, molle, diffluite. Elle

pénètre à quelques millimètres dans l'articulation sacro-iliaque droite. Le cartilage de cette articulation est complètement détruit, en sorte que les deux os jouent librement l'un sur l'autre. Le sacrum est ramolli à tel point qu'une pression très-faible suffit pour rapprocher les deux lames de tissu compacte qui le recouvrent en avant et en arrière. Le tissu spongieux présente des cellules larges, pleines d'un liquide rouge lie de vin, abondant. Altération analogue, mais moins avancée, des vertèbres lombaires. Pas de tubercules dans leur épaisseur.

Altération des vertèbres cervicales qui renferment des tubercules. Le sommet des apophyses épineuses des première et deuxième vertèbres lombaires est carié.

V

Sacro-coxalgie après l'accouchement (Bulletins de la Société de chirurgie, 18 mars 1857).

« M. Morel-Lavallée présente une pièce de sacro-coxalgie, recueillie sur une femme phthisique et chez qui la maladie débuta après l'accouchement. Les signes furent une douleur à la hanche et beaucoup des signes de la coxalgie. »

VI

Sacro-coxalgie suppurée chez un enfant tuberculeux ; mort ; autopsie (Observation de Hulke, Transactions of the Pathol. Society of London, t. XIV, p. 208, 1863.). Résumé.

Garçon pâle et faible, de 8 ans, admis à Middlesex-Hospital, le 26 juin, chez M. Moore avec une fistule de la fesse, près du grand trochanter, consécutive à un abcès qui s'était ouvert trois mois auparavant.

En août, M. Hulke prit le traitement. Les fistules ne paraissaient pas communiquer avec l'articulation coxo-fémorale. On les explora, mais on ne put remonter jusqu'à l'articulation sacro-iliaque, quoiqu'elles pénétrassent dans le bassin.

Dix jours après, l'enfant mourut de péritonite.

Autopsie. Les fistules aboutissent à une petite cavité, située sur la face externe du bord de l'échancrure sciatique, près de l'épine iliaque postéro-inférieure et jusqu'aux masses latérales des quatrième et cinquième vertèbres sacrées. Cette cavité contenait un séquestre libre fort petit, venant de la quatrième pièce du sacrum.

L'articulation correspondante était pleine de pus. Les restes du cartilage ramolli adhéraient encore aux surfaces articulaires. L'os était

hyperémié, non carié. L'affection articulaire dépendait évidemment de la nécrose.

La péritonite était purement tuberculeuse et n'était pas en rapport avec la lésion articulaire.

VII

Sacro-coxalgie droite, suppurée; autopsie. (Observation de Courty, art. Bassin, Dict. encycl.)

« A l'autopsie d'un jeune garçon de 17 ans, qui succomba le vingtième jour de sa maladie, à la suite d'un accès de fièvre intermittente qu'il disait avoir contractée dans les marais, il y avait suppuration, avec carie de l'articulation sacro-iliaque droite et altération assez sensible de la surface antérieure du sacrum. De cette articulation le pus avait fusé, non-seulement en avant du pyramidal jusqu'à l'échancrure sciatique et du côté du muscle iliaque droit, mais encore en remontant jusqu'au psoas du même côté, au niveau de la troisième vertèbre lombaire. »

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

Sacro-coxalgie gauche suppurée. (Observation empruntée à la thèse de Giraud de Nolhac, Paris, 1840.) Résumé.

Henriette Legras, âgée de 35 ans, d'un tempérament lymphatique, née à Abbeville et habitant Paris depuis deux ans, entrée dans le service de M. Velpeau dans les premiers jours d'avril 1840.

Réglée à dix-neuf ans, elle éprouva alors des migraines qui disparurent quand la menstruation fut établie. Elle est mariée depuis sept ans et elle a eu deux couches très-heureuses; la dernière date de cinq ans. Elle a, du reste, toujours joui d'une bonne santé.

Il y a dix mois, cette femme qui exerce la profession de blanchisseuse montait un escalier chargée d'un lourd fardeau de linge, lorsqu'elle ressentit au bas des lombes un craquement tellement violent qu'elle laissa tomber son linge. La douleur était si vive qu'elle eut de la peine à atteindre le haut de l'escalier. Elle ne fit pourtant aucun traitement.

Depuis cette époque, il resta dans les lombes une douleur dont l'intensité alla en décroissant et qui finit par disparaître après deux mois. Mais alors, apparut une autre douleur qui de la fesse s'étendait jusqu'au genou gauche dont les mouvements furent très-gênés; il y avait claudication. Ce fut en vain que des sangsues furent appliquées; la marche était impossible et la malade entra dans un service de médecine. Des ventouses furent appliquées sur le trajet du nerf sciatique; des bains de vapeurs et des bains simples furent prescrits; des vésicatoires volants furent placés; le mal résista à ces moyens.

Enfin, il y a six semaines, toutes les douleurs cessèrent et un abcès par congestion se manifesta à la partie externe et inférieure de la fesse gauche. Cet abcès fut ouvert.

Depuis huit jours, la malade a quitté le service où elle était placée pour entrer dans celui de M. Velpeau. Un second abcès s'est manifesté au bas et à gauche du dos, et, comme il avait pris un caractère inflammatoire, ce professeur en a pratiqué l'incision dans une longueur de

3 centimètres. Les tentatives faites pour atteindre l'os avec la sonde ont été infructueuses.

Maintenant, cette malade est constamment courbée sur le côté droit; le décubitus à gauche étant impossible. L'épine dorsale ne présente aucune gibbosité et l'articulation coxo-fémorale est libre. La face est amaigrie; l'appétit conservé, la circulation est lente mais régulière.

Cette observation a été interrompue par la sortie de la malade. Velpeau avait diagnostiqué une sacro-coxalgie.

OBSERVATION II.

Sacro-coxalgie gauche, suppurée. (Observation de Girauld de Nolbac ; thèse 1840.)

Je fus prié, dans le courant de janvier dernier, de venir donner des soins à un ouvrier brosier, nommé Deval, demeurant rue Pavée, faubourg St-Antoine, 40. Le lendemain j'allai voir le malade qui souffrait depuis dix-huit mois.

C'était un homme de 45 ans, de taille ordinaire, à cheveux noirs et qui m'assura n'avoir jamais eu de maladie avant celle qui le retenait au lit. Huit mois avant, à ce qu'il me dit, il avait, sans cause connue, éprouvé des douleurs vagues, qui se dissipèrent et reparurent alternativement plusieurs fois, finirent par prendre un degré de persistance qui gêna la marche et força le malade à entrer à l'hôpital, où des sangsues furent appliquées sur le lieu douloureux.

Cette médication, n'ayant pas procuré de soulagement notable, Deval sortit de l'hôpital; son genou commençait à se fléchir; il m'assura, du reste, que jamais l'articulation coxo-fémorale n'avait été gênée dans ses mouvements.

Après avoir, comme il le dit lui-même, poussé le temps pendant deux mois, il rentra dans le service de M. Robert, chirurgien des hôpitaux. Un abcès ne tarda pas à se manifester à la partie supérieure du bord gauche du sacrum; cet abcès fut ouvert et il s'en écoula un liquide presque aqueux. La marche était, dès lors, extrêmement difficile et ne pouvait avoir lieu sans support. Le malade sortit une seconde fois de l'hospice, bien décidé à n'y plus rentrer. Il se confia aux soins de M. Thierry, médecin du faubourg, qui appliqua trois vésicatoires à l'eau bouillante sur la partie postérieure de la crête iliaque du côté gauche: ce moyen procura quelque soulagement. Peu de temps après, deux abcès se manifestèrent, l'un au-dessous de celui dont j'ai parlé

et l'autre à la face postérieure de la partie moyenne de la cuisse ; tous deux furent ponctionnés et il en sortit un pus blanchâtre, grumeleux et mal lié. L'articulation coxo-fémorale pouvait encore exécuter tous ses mouvements ; mais ils étaient suivis de quelques douleurs.

Ce fut à cette période désespérée de la maladie que je fus appelé à donner des soins au nommé Deval.

Le décubitus dorsal, sur le côté malade, ne pouvait avoir lieu ; il se tenait constamment couché sur le côté opposé. Il m'assura n'avoir jamais éprouvé d'accidents syphilitiques ni scrofuleux. Je pensai, tout d'abord, à une coxalgie ; mais le pied n'était pas dévié et je ne pus découvrir la tête du fémur hors de sa cavité articulaire. Le membre, mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la rotule, n'offrait point d'allongement et la distance de cette même épine au grand trochanter était la même que celle du côté opposé. Des fausses côtes à la crête iliaque, il y avait, du côté malade, une différence en moins de 2 centimètres ; en arrière, le bord gauche du sacrum faisait une saillie beaucoup plus prononcée qu'à droite. L'état général présentait, au reste, beaucoup d'amaigrissement. L'appétit était conservé.

Application de trois cautères à la potasse caustique. En auscultant le malade j'ai découvert, sous la clavicule gauche, une énorme caverne du poumon. Il m'a semblé que l'ischion était un peu déjeté en dehors.

OBSERVATION III.

Sacro-coxalgie gauche suppurée consécutive à l'accouchement ; issue de séquestres. (Observation empruntée à la thèse de Joyeux. Strasbourg, 1842.) Résumé.

Marguerite Rudolph accoucha pour la deuxième fois à l'hôpital de Strasbourg d'un enfant mort-né qu'on dut extraire par le forceps. A la première manœuvre un craquement fut entendu par l'accoucheur. La femme accusa une vive douleur dans la hanche gauche. Un gonflement se manifesta bientôt vers la symphyse sacro-iliaque de ce côté. La marche ne devint possible qu'après deux mois.

En 1829, deux ans après, la même femme accoucha pour la troisième fois.

En 1831, quatrième accouchement, après l'administration de trente grains de seigle ergoté ; nouvelles douleurs dans la hanche gauche, en arrière. Tumeur prenant un rapide accroissement. Le décubitus de ce côté était impossible. La cuisse était fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse.

Après deux mois pendant lesquels la malade resta dans cet état, une grande quantité de pus s'écoula par le rectum et il y eut un soulagement marqué. La malade put étendre la jambe; la tumeur disparut. L'écoulement dura quatre mois, puis cessa. La malade put quitter l'hôpital.

En 1832, nouvelle grossesse accompagnée de douleurs dans la symphyse gauche.

En 1833, sixième accouchement. Dès le cinquième mois la malade avait souffert dans la région précédemment malade et avait dû entrer à l'hôpital. L'accouchement fut spontané et naturel.

Le troisième jour, la douleur de la région iliaque reparait sous forme d'élançements; la tuméfaction revient et augmente peu à peu; elle s'accompagne de fièvre.

Le vingt-troisième jour, la tumeur est fluctuante; le vingt-quatrième, la femme rend par l'anus des matières grumeleuses purulentes; la fièvre augmente encore.

Le quarantième jour, l'écoulement diminue, mais le cinquantième, une grande évacuation de pus vide presque la tumeur; celle-ci se remplit de nouveau, puis se vide et cela plusieurs fois de suite.

Au début du troisième mois la sensibilité est presque abolie dans la jambe gauche; de plus la malade traîne cette jambe. La hanche est manifestement plus haute de ce côté. Dans la marche, il semble à la malade qu'elle sent un frottement, un glissement au niveau de l'articulation atteinte.

L'abcès se remplit de nouveau et prend de grandes proportions.

Le centième jour, la malade rend *un fragment osseux par l'anus*, au milieu du pus. Elle est prise de convulsions et tombe en syncope.

Trois jours après, sortie d'une nouvelle pièce osseuse.

Le 15 avril, nouveau fragment.

Depuis lors, plus d'esquilles; le pus devient rare, brunâtre, très-fétide, l'abcès reprend ses proportions primitives pour les perdre de nouveau. Les douleurs sont toujours très-vives. La malade quitte l'hôpital dans un état désespéré.

OBSERVATION IV.

Sacro-coxalgie du côté droit; mort; autopsie. (Observation de Stoll (Wurtemberger Corresp. Bl., n° 47, 1844; in Schmidt's Jahr., t. LII, p. 81.)
Résumé.

Un jeune négociant, de 25 ans, fut reçu le 14 janvier 1834, à Katharinen-Hospital, à Stuttgart, pour une maladie du côté droit du bassin et de la hanche, sur laquelle les médecins n'étaient pas d'accord.

A l'âge de 8 ans il avait été atteint de démangeaisons; il se livra plus tard à l'onanisme; enfin, il eut une ulcération syphilitique (?) à la verge, qui guérit en trois semaines. Il avait eu des douleurs rhumatismales.

En mai 1833, il eut la rougeole. Quelques semaines après, il éprouva une douleur périodique dans la cuisse droite, qui disparaissait le jour, au point que le malade put voyager longtemps encore pour ses affaires. En septembre, la douleur se fixa au côté du bassin, et commença à gêner notablement la marche. — Sangsues, frictions d'onguent mercuriel belladonné. Vésicatoires.

A son entrée à l'hôpital, douleur profonde qui, partant de l'épine iliaque postérieure et supérieure droite, se dirige vers la symphyse sacro-iliaque, en croisant l'échancrure sciatique, et se perd vers la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale. Douleur vive, à la pression, sur tout ce trajet; nulle au trochanter, quelles que soient les pressions. Le malade peut élever son membre sans souffrir; s'il le pose par terre pour marcher, douleur très-vive. Elle se révèle aussi quand on appuie sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, ou quand on essaye de rapprocher les deux os iliaques. Les trochanters sont à la même hauteur, mais la fesse est aplatie, élargie, et paraît comme un peu gonflée seulement au-dessous du trochanter. Les membres inférieurs ont la même longueur. Dans la station, la pointe du pied, du côté malade, est dirigée en avant, et équilibre le corps qui repose sur le côté sain. La station dans la rectitude ne s'obtient qu'avec effort et douleur. En marchant (ce qui n'est possible qu'avec un bâton et pour quelques pas), il traîne en arrière le membre malade. Il n'y avait jamais eu de douleur au genou ni au niveau de la colonne vertébrale, ni à la pression, ni spontanément.

Phthisie pulmonaire avancée.

Le diagnostic était difficile. En écartant la névralgie, on pouvait croire à une coxarthroce; mais la plupart des signes indiquaient que le siège de la lésion était dans la symphyse sacro-iliaque, quoique deux symptômes, l'abaissement de la crête iliaque du côté malade et la démarche sur toute la plante du pied, manquaient.

Outre un traitement médical approprié, on fit le 18 janvier une cautérisation transcurrente sur la région. Les deux affections, phthisie et maladie articulaire, s'accrurent néanmoins.

Les douleurs du bassin cessaient parfois le jour pour revenir plus violentes la nuit, ce qui faisait penser à une affection syphilitique. En même temps qu'apparurent des symptômes d'hecticité, une tumeur fluctuante, profondément adhérente, grosse comme une pomme d'api,

se forma au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. On l'ouvrit avec le caustique; le pus se vida, mais bientôt parurent des eschares. L'épuisement croissant enleva le malade le 11 juillet suivant.

Autopsie, vingt six heures après la mort. — Tubercules pulmonaires avec cavernes. — Epanchement séreux abondant dans le péricarde. — Entérite chronique. Les autres viscères sont sains.

Entre les téguments et la symphyse sacro-iliaque est une cavité renfermant du pus semblable à du lait caillé.

Le ligament interarticulaire de la symphyse était détruit; les surfaces articulaires cariées; les parties molles, le tissu cellulaire, les ligaments étaient transformés en une masse blanc-jaunâtre qui maintenait les os au contact. Les vertèbres voisines étaient saines.

OBSERVATION V.

Sacro-coxalgie droite; guérison. (Observation de M. H. Larrey, thèse de Hattute, Paris, 1852.)

Gadroy, soldat au 7^e d'artillerie, entre au Val-de-Grâce, en janvier 1851, se plaignant de douleurs dans la région fémoro-iliaque du côté droit. Ces douleurs, survenues, dit-il, sans causes appréciables, telles qu'une chute, un coup, une pression violente, mais auxquelles le cahot du caisson n'est pas étranger, au point de vue de leur origine, furent attribuées par le chirurgien traitant à une névralgie sciatique. On appliqua, en conséquence de ce diagnostic, sur le trajet de la douleur un certain nombre de sangsues, ventouses scarifiées, etc.; ces moyens parurent amener un soulagement marqué et le malade sortit de l'hôpital dans les premiers jours d'avril.

Un mois après (23 mai), Gadroy entra de nouveau à l'hôpital du Val-de-Grâce et fut placé dans le service de M. H. Larrey.

Il se plaint de douleurs assez intenses au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite; cette douleur est parfaitement rapportée par le malade à la symphyse, augmente sensiblement à la pression, pendant la marche et se réveille énergiquement lorsque, appliquant la main sur la crête iliaque droite, on essaye d'imprimer des mouvements à ce côté du bassin, ou lorsqu'on opère des tractions sur le membre inférieur droit. La station et la marche sont aussi très-douloureuses; cette dernière est incertaine, chancelante, le malade semble craindre de s'appuyer sur la jambe du côté douloureux.

Plusieurs moxas furent appliqués immédiatement autour de l'articulation sacro-iliaque et procurèrent une amélioration manifeste. On fit une seconde application de moxas lorsque les premiers furent à peu

près cicatrisés et, dans les premiers jours de juillet, le malade put se lever; sa démarche était franche, sans claudication. Les douleurs violentes auxquelles elle donnait naissance antérieurement ne reparurent plus et le malade sortit de l'hôpital le 12 juillet, pour prendre un congé de convalescence.

OBSERVATION VI.

Sacro-coxalgie droite; guérison. (Observation de M. H. Larrey, thèse de Hattute, Paris, 1852.)

Châtel, fusilier au 48^e de ligne, entre au Val-de-Grâce, le 7 avril 1846, à la suite d'un refroidissement éprouvé six mois avant son entrée à l'hôpital. Ce malade a ressenti, dit-il, dans les hanches une douleur assez vive qui a persisté depuis. Presque en même temps, il fut pris de faiblesse dans les jambes, et il lui devint impossible de se tenir debout pendant longtemps; on appliqua sur la région malade des sangsues et des ventouses qui ne procurèrent qu'un soulagement temporaire, puis enfin on en vint à appliquer deux moxas au niveau des trous d'émergence des branches sacrées postérieures, un de chaque côté de la crête épineuse du sacrum.

Voici ce que M. le professeur Larrey constate le jour de l'entrée de ce malade; des douleurs existent dans la région sacrée et sont rapportées exactement par le sujet à la symphyse sacro-iliaque droite; elles se calment par le repos, mais se renouvellent par la marche, la station sur les tubérosités ischiatiques, les mouvements du tronc; le décubitus sur le côté droit est aussi très-douloureux, pour ne pas dire impossible. Les douleurs articulaires se propagent le long de la cuisse jusqu'au genou; la démarche est incertaine, claudicante; le membre inférieur droit n'est pas amaigri et la peau jouit, dans toute l'étendue de ce membre, de sa sensibilité normale. La région sacro-iliaque n'est point déformée; on n'y perçoit ni tumeur, ni fluctuation.

On applique au niveau de la région douloureuse, de chaque côté de l'articulation et successivement, cinq moxas; il en résulte un mieux très-sensible; les mouvements sont moins pénibles, le malade peut marcher en s'aidant de béquilles. Dans le but de prévenir une rechute et aussi de diminuer l'action du poids du tronc sur l'articulation malade, par suite, d'en augmenter la résistance, on fit fabriquer une ceinture solide qui s'adaptait parfaitement aux contours du bassin. La force du membre augmenta sensiblement sous l'influence de ce moyen.

Au commencement de juillet, apparaît tout à coup au genou gauche

une hydarthrose intense avec laquelle coïncide une amélioration très-marquée de la sacro-coxalgie; cette hydarthrose traitée immédiatement par l'application d'un large vésicatoire, se guérit rapidement et le malade sortit de l'hôpital au commencement d'août pour prendre un congé de réforme.

OBSERVATION VII.

Sacro-coxalgie gauche, rhumatismale; guérison. (Observation de M. le Dr H. Larrey, thèse de Hattute, Paris, 1852.)

Rousseau, soldat au neuvième bataillon de chasseurs à pied, entre au Val-de-Grâce, le 31 octobre 1851. Mineur avant son entrée au service, il éprouva à différentes reprises des douleurs rhumatismales dans la symphyse pubienne; ces douleurs furent assez intenses pour gêner considérablement la marche et la station; cependant leur durée fut courte et elles cédèrent à un repos au lit de quelques jours.

Lorsqu'il arrive à l'hôpital le 31 octobre, son billet d'entrée porte : *Lumbago*. Voici les symptômes que ce malade présente : douleur fixe, gravative, limitée exactement par le sujet lui-même, au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche; cette douleur s'exaspère par la pression exercée sur la symphyse et par le mouvement de soulèvement que l'on essaye d'imprimer à l'os iliaque, en le saisissant par son bord supérieur; elle est instantanée dans cette manœuvre et se produit exclusivement dans la symphyse; en appliquant la main sur tout autre point au voisinage de cette articulation, on ne développe aucune espèce de sensibilité anormale.

La marche et la station sont douloureuses, incertaines; les mouvements du tronc et le décubitus sur le côté gauche développent aussi des douleurs intenses dans la symphyse sacro-iliaque.

On appliqua plusieurs fois des ventouses scarifiées sur la région sacro-iliaque; le repos absolu fut commandé et, au bout d'un mois, le 30 novembre, le malade sortit de l'hôpital.

OBSERVATION VIII.

Sacro-coxalgie droite chez un tuberculeux; mort; autopsie. (Observation de M. le Dr H. Larrey, thèse de Hattute, Paris, 1852.)

Le nommé Chalopin, du 47^e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 19 mars 1851; il est placé salle 20, n^o 36, dans le service de M. le professeur H. Larrey. Cet homme est d'une mauvaise constitution; il est

affaibli par une bronchite chronique et présente tous les signes de la cachexie tuberculeuse.

Deux ans avant son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce, il fit un faux pas en descendant un escalier de pierre et tomba sur la hanche droite; il éprouva dans cette région une vive douleur qui se prolongea les jours suivants, mais malgré laquelle il put faire son service; cette douleur disparut lentement par le repos, mais pour reparaître plus tard, à certaines époques, principalement par les temps froids et humides.

Chalopin est entré plusieurs fois à l'hôpital de Nantes, dans le service de M. Gély, et y subit divers traitements consistant en frictions avec des liniments de compositions variées, vésicatoires, et applications répétées d'aiguilles à acupuncture dans la région trochantérienne. Ce dernier moyen, continué pendant environ huit jours, fut abandonné comme ne procurant aucun soulagement au malade. A cette époque il n'y avait du côté de la hanche ni gonflement, ni déformation; la marche était seulement presque impraticable.

A l'entrée de ce malade au Val-de-Grâce, on constate l'existence des douleurs au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, l'impossibilité de la station et de la marche et une tuméfaction manifeste vers le grand trochanter.

Le 1^{er} avril. Un abcès froid, développé à la poitrine, au devant du sternum, en dedans du mamelon droit, est ouvert; il s'en écoule une assez grande quantité de pus; on ne peut constater s'il y a ou non dénudation de quelques points des cartilages costaux ou du sternum.

Le 4, et les jours suivants, application successive de plusieurs moxas de chaque côté de l'articulation sacro-iliaque.

Le 10 mai. La tuméfaction observée précédemment dans la région ischio-trochantérienne est devenue considérable; elle est accompagnée de rougeur de la peau, de tension et d'une réaction fébrile intense.

Le 30. Saillie plus prononcée de la tumeur; fluctuation manifeste douleur très-vive vers l'articulation sacro-iliaque. Le lendemain, on ponctionne la tumeur avec le bistouri, sur la cicatrice d'un moxa; où la peau, très-amincie, menaçait de se perforer spontanément. Cette ponction donne issue à environ 500 grammes de pus grumeleux, caillebotté, de couleur café au lait.

Le 2 juin. Réaction vive; pouls plein, fréquent, visage coloré, suppuration peu abondante, sensation de malaise, légers frissons. — Diète, infusion de tilleul, potion calmante.

Le 6. Une sonde introduite dans l'ouverture de la tumeur disparaît presque entièrement dans le bassin, le long de la face antérieure du sacrum; l'air pénètre facilement dans ce vaste décollement. La région

sacro-iliaque droite est on ne peut plus douloureuse au toucher. Le malade est couché sur le côté gauche; on le soulage en soutenant le bassin, du côté droit, au moyen de plusieurs coussins. La fièvre de suppuration est assez intense; mais les craintes de résorption purulente, qu'on avait pu concevoir, ne se réalisent pas. — Bouillon, eau de Sedlitz, potion calmante.

Le 7. Une contre-ouverture est pratiquée au-dessous de la première; il s'en écoule une grande quantité de pus grumeleux et grisâtre; un séton est passé par les deux ouvertures.

Les jours suivants, la fièvre devient continue, avec redoublement vers le soir, une suppuration abondante et fétide continue à s'écouler par les ouvertures pratiquées; le malade, dans l'espace de quinze jours, maigrit considérablement.

Le 10 juillet, on ouvre un abcès fluctuant au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite; on constate une dénudation étendue de la face postérieure du sacrum, de l'os des iles et une mobilité anormale avec crépitation entre les surfaces articulaires de ces deux os.

L'état général du malade augmenta de plus en plus de gravité, les signes évidents d'infection purulente persistèrent, enfin la mort survint le 29 juillet. (Voir pour l'autopsie, l'article *Anatomie pathologique.*)

OBSERVATION IX.

Sacro-coxalgie droite suppurée chez un tuberculeux; mort; autopsie.
(Observation de M. le Dr Weiss, thèse de Hattute, Paris, 1852.)

Jourbé (Bernard), soldat au 6^e bataillon de chasseurs à pied, âgé de 24 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} janvier 1849 (service de M. Sédillot).

Ce malade, d'un teint pâle, tempérament lymphatique, constitution encore bonne, s'est aperçu, il y a deux mois, de la formation d'une tumeur vers la partie interne de la fesse droite.

Cette tumeur s'est agrandie de jour en jour, mais n'est douloureuse que depuis un mois. Le malade ne se rappelle pas avoir reçu de coup ni être tombé sur cette région; il dit n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques. Voici ce que l'on trouve en examinant le sujet :

Vers la moitié interne de la fesse droite, abcès parfaitement limité, ne se prolongeant nullement en bas du côté de la cuisse, laquelle a conservé son volume normal. Une pression très-forte, exercée sur les vertèbres dorsales et lombaires, ne cause aucune douleur au malade; il ne se plaint que quand on presse sur le sacrum, près de l'articulation sacro-iliaque droite, précisément au côté interne de la tumeur.

Le 2. M. Sédillot prescrit un cautère sur l'articulation.

Le 10. L'abcès s'est étendu vers le grand trochanter et le bord inférieur du grand fessier. M. Sédillot le ponctionne avec un bistouri très-effilé. Issue d'une grande quantité de pus floconneux ; on ne laisse sortir que le trop-plein, sans presser sur les parois de la poche purulente, puis l'ouverture est fermée avec un carré de diachylon.

Le 13. La ponction, faite au moyen du bistouri, est cicatrisée ; inappétence ; pouls à 85 ; le malade se plaint d'avoir éprouvé, la veille, un frisson suivi de chaleur. — Quatre ventouses scarifiées sur la tumeur.

Le 17. L'abcès s'ouvre spontanément au voisinage du premier cautère ; issue d'une très-grande quantité de pus.

Le 18. On applique un nouveau cautère sur le sommet de la tumeur. Injection d'eau aromatique.

5 février. Incision de la peau dans l'étendue de 6 centimètres au-dessous du dernier cautère, au fond duquel l'abcès s'était ouvert. Cette incision est faite dans le but de donner une issue facile au pus qui stagnait auparavant.

Les jours suivants n'apportent aucun changement notable dans l'état du malade, la santé générale se soutient, les préparations de quinquina sont données à l'intérieur comme toniques ; dans le but de modifier les parois de la poche purulente, on y fait des injections de nitrate d'argent (0,2 pour 100 gr. d'eau distillée).

17 mars. Un œdème des membres inférieurs se déclare et, quelques jours après, un engorgement assez manifeste dans la fosse iliaque droite.

15 avril. Amaigrissement, suppuration abondante et fétide. On continue l'usage des toniques et des injections aromatiques et chlorurées.

Le 22. Le malade accuse de vives douleurs au côté interne de la cuisse droite ; une tumeur fluctuante occupe la partie supérieure de cette région.

5 mai. La fièvre hectique se déclare ; le malade, affaibli par une diarrhée opiniâtre, est dans le marasme le plus complet. On réussit cependant, par une médication appropriée, à soutenir ses forces quelques jours encore ; enfin, le malade meurt le 20.

Voici les principales lésions que l'on trouve à l'autopsie :

A l'extérieur du bassin, un abcès considérable, situé au-dessous des muscles fessiers, communique avec la cavité pelvienne par la grande échancrure sacro-sciatique, l'articulation sacro-iliaque est ouverte en arrière, et les apophyses épineuses du sacrum sont dénudées, probablement secondairement.

A l'intérieur du bassin, foyer purulent dans la fosse iliaque ; le fascia iliaca est décollé dans une grande étendue, l'articulation sacro-iliaque

est ouverte; la collection de pus de la fosse iliaque s'étend en bas jusqu'au milieu de la cuisse en passant sous le ligament de Fallope; en haut, il remonte dans la gaine du psoas jusqu'à la dixième vertèbre dorsale, dont l'apophyse transverse est superficiellement cariée (altération probablement secondaire); les surfaces articulaires du sacrum et de l'os coxal sont profondément cariées.

Examen des viscères. — Poumon droit très-adhérent; tubercules; cavernes très-étendues au sommet; poumon gauche sain; ulcérations dans l'intestin grêle et le gros intestin; ganglions mésentériques tuberculeux.

OBSERVATION X.

Sacro-coxalgie gauche, blennorrhagique. (Observation de Rollet, Gaz. méd. de Lyon, 1858.) Résumé.

Le nommé Roger (Mathieu), atteint de blennorrhagie, éprouve de vives douleurs dans l'articulation sacro-iliaque gauche. La marche est impossible, ainsi que le décubitus dorsal.

Trois jours après, la douleur s'étend à l'articulation tibio-tarsienne.

Le 20^e jour, l'articulation sterno-claviculaire gauche se prend. L'écoulement continue.

Le 26^e jour, mieux général, et le 30^e jour toutes les douleurs sont finies.

Deux mois après, nouvelle blennorrhagie, nouvelles douleurs dans la symphyse sacro-iliaque gauche. — Traitement antiblennorrhagique. Guérison.

Un an après, troisième blennorrhagie; troisième rhumatisme dans l'articulation sacro-iliaque gauche. On traite le malade comme précédemment; il reste près d'un an à l'hôpital, et sort définitivement guéri.

L'auteur pense qu'il n'y a pas eu trois blennorrhagies distinctes, mais trois poussées aiguës de la même affection. Dans un autre article (page 171), il dit avoir observé deux fois l'arthrite blennorrhagique sacro-iliaque sur 64 cas de rhumatisme blennorrhagique qu'il a vus.

OBSERVATION XI.

Sacro-coxalgie gauche, suppurée; mort; autopsie. (Observation de M. Gouraud; thèse de Boissarie, 1862.)

Jeune fille de 18 ans, couturière, couchée au n° 7 de la salle Sainte-Catherine (service de M. Velpeau). Elle ressentit, il y a un an, quelques douleurs dans la fesse gauche, sans qu'elle sût à quoi les attribuer. Il y a quatre mois, ces douleurs devinrent beaucoup plus vives et s'étendirent à la hanche et au membre inférieur correspondant; elle habitait dans un endroit humide. C'est alors qu'apparut, à la région fessière, une tumeur qui n'a pas cessé de prendre de l'accroissement depuis. Le jour de l'entrée de la malade à la Charité, la tumeur se rompit et laissa s'écouler une grande quantité de pus fétide.

M. Velpeau agrandit l'ouverture et reconnut, en explorant la plaie, un point nécrosé correspondant à l'épine iliaque postéro-inférieure; des injections iodées furent faites dans l'intérieur du foyer. La suppuration néanmoins, devenue très-abondante, épuisa rapidement la malade et elle succomba dans le marasme le 23 février.

A l'autopsie, on trouva un vaste clapier divisé en deux parties, l'une superficielle, l'autre profonde, par le muscle grand fessier, remontant sous l'aponévrose des muscles sacro-lombaire et long dorsal; ce clapier communique avec l'articulation sacro-iliaque par un orifice situé entre l'os iliaque et le sacrum, au niveau de l'épine iliaque. Celle-ci est, à cet endroit, dénudée et rugueuse dans l'étendue de 4 centimètre carré. Les surfaces articulaires sont recouvertes de fongosités saignantes, au milieu desquelles on aperçoit des fragments osseux nécrosés ou cariés. Des deux côtés, dans le psoas, on trouve des abcès circonscrits, sans communication avec les parties voisines; enfin, sur la face antérieure du sacrum, au milieu de la deuxième paire des trous sacrés, on trouve un dernier foyer qui correspond à une partie nécrosée de l'os. Les autres organes sont sains.

OBSERVATION XII.

Sacro-coxalgie gauche; mort; autopsie. (Observation de M. Gadaud, interne du service de M. Verneuil (Bulletins de la Soc. anat., 1865).

Cosette (Rosalie), 25 ans, blanchisseuse, entrée le 20 avril 1865, salle Sainte-Jeanne, n° 9, à Lariboisière.

Tardivement développée, réglée à 18 ans; depuis cette époque mens-

trues très-irrégulières. Deux ou trois mois d'aménorrhée. Fréquentes pertes blanches. Maladies des yeux dans l'enfance. Gastralgie, souffle anémique. En un mot tous les signes de la chlorose, quoique avec une apparence pléthorique et un embonpoint vraiment extraordinaire.

Fait remonter le début de cette affection à dix mois, c'est-à-dire au mois de juillet de l'année précédente. Elle assure qu'avant cette époque elle n'a rien éprouvé. Le début a été signalé par une douleur dans la hanche gauche entraînant la claudication. Bientôt cette douleur s'est étendue au genou et à la jambe, jusqu'à la cheville. Trois mois après le début, les mouvements étaient si douloureux que la malade ne pouvait plus marcher. L'abolition des fonctions du membre étant complète, cette femme s'est décidée à entreprendre un traitement. Elle est restée chez M. Velpeau pendant les mois de novembre et décembre 1864. Ventouses scarifiées, appareil à extension continue pendant six semaines, remplacé par un appareil à attelles conservé quinze jours. Lorsque la malade a quitté la Charité, la douleur ne permettait même pas la station debout.

Entrée chez M. Richard le 20 janvier. Électrisation tous les jours, bains de Baréges tous les deux jours, et le tout sans succès. Ce traitement a été suivi jusqu'au 15 février. On a mis alors la malade dans un appareil amidonné. Les douleurs persistent; la malade part deux ou trois jours après pour le Vésinet.

Rentrée actuellement, le 20 avril, elle dit ne pas avoir pu marcher une seule minute à cause de la douleur. Cependant l'intensité de celle-ci a été un peu moins considérable. Aussitôt l'appareil enlevé, la malade a recommencé à souffrir. — Traitement tonique.

24 juin. Après avoir constaté pendant l'anesthésie, en présence de M. Bouvier, ce qu'avaient déjà pu constater MM. Richard et Després, l'intégrité des mouvements de la hanche, on constate également de la douleur à la pression dans la région de la hanche, au niveau du grand trochanter, au pli de l'aîne, au genou, et on se contente de placer la malade dans la gouttière de Bonnet. — Douches froides locales.

Le 29. La douleur persiste malgré le repos et le traitement. Pour la première fois la malade parle de douleurs lombaires.

8 juillet. Mêmes douleurs; six douches prises sans le moindre effet: on les suspend. Règles dans l'intervalle. On retire la gouttière pour essayer les mouvements communiqués.

Le 20. Devant l'inutilité des moyens précédents, on essaye les mouches avec le chlorhydrate de morphine.

26 août. On emploie pendant quelques jours les armatures métalliques. Insuccès.

Le 30. Hyperesthésie diffuse sur le membre gauche. On replace la malade dans un appareil inamovible, dextrine et attelles de fil de fer, que la malade garde jusqu'à la fin de décembre.

A cette époque, la douleur n'ayant en rien cédé, on enlève l'appareil. Toujours les mêmes douleurs : atrophie de tout le côté malade (gauche). A bout de ressources, M. Verneuil essaye des pointes de feu. Deux jours après, la malade est prise d'un érysipèle ambulante développé autour des eschares, et elle succombe dans l'espace de quatre jours.

A l'autopsie, rien dans les articulations du genou et de la hanche des deux côtés. La tête du fémur, du côté malade, est, il est vrai, aplatie, et semblerait avoir subi un travail d'ostéite. Le col semble plus court et inséré à angle plus droit qu'il ne l'est à l'état normal chez la femme : mais cette disposition est congénitale, car elle se retrouve exactement identique de l'autre côté.

Toutes les masses musculaires du côté malade sont atrophiées. Les muscles ont subi un commencement de dégénérescence graisseuse. Rien dans les vaisseaux, infiltration tuberculeuse des ganglions lombaires.

L'examen nécroscopique semble confirmer l'existence d'une coxalgie sans lésion, d'une coxalgie hystérique. Mais, en poursuivant l'autopsie avec plus de soin, on voit sourdre du pus dans la fosse iliaque interne. On examine alors la symphyse sacro-iliaque et on la trouve pleine de pus. Le fibro-cartilage est détruit, les os sont altérés. Une coupe du sacrum fait voir dans cet os un abcès qui n'est séparé de l'articulation malade que par une couche de tissu osseux très-mince.

OBSERVATION XIII.

Sacro-coxalgie blennorrhagique du côté gauche. (Observation de M. le professeur Gosselin, Gaz. des Hôpit., 1868, p. 574.)

Jeune homme de 29 ans, entré à la Charité pour une douleur de la fesse gauche, datant d'environ trois semaines, survenue sans cause connue, modérée pendant les premiers jours, puis ayant augmenté au point d'empêcher la marche et la station verticale.

La douleur est augmentée par la marche et les mouvements dans le lit ; elle est moins forte la nuit que le jour quand il est levé, et moins forte quand il n'a pas marché.

En faisant marcher le malade, on constate qu'il boite considérablement ; qu'il marche à petits pas et il assure que chaque fois qu'il

amène en avant et appuie le pied gauche, il ressent une grande souffrance dans la région fessière, un peu au-dessous du pli fessier. Ni rougeur, ni gonflement dans la région ; la douleur irradie à quelques centimètres seulement de la fesse, le long de la partie postérieure de la cuisse.

Le malade a un écoulement urétral purulent, sur l'origine et l'ancienneté duquel il ne peut ou ne veut pas donner de renseignements.

M. Gosselin dit qu'il s'agit d'une arthrite rhumatismale simple ou d'une arthrite blennorrhagique.

Après quinze jours, le malade ne souffrait plus du tout au lit, marchait sans boiter et n'éprouvait plus que de la gêne, encore très-peu prononcée, par le fait des mouvements dans la station verticale. Il a été envoyé à Vincennes.

OBSERVATION XIV.

Sacro-coxalgie présumée rhumatismale du côté droit. (Observation de M. le professeur Gosselin, *Gaz. des Hôp.*, 1870, p. 297.)

Femme de 48 ans, couchée au n° 12 de la salle Sainte-Catherine, bien constituée, habituellement bien portante. Elle se plaint de souffrir du côté de la fesse, de la hanche et de la cuisse droites depuis quatre mois. Il n'y a pas de cause traumatique, mais la malade allait souvent laver elle-même son linge à la rivière, et elle pense qu'elle a dû être exposée à l'humidité.

Les douleurs ont d'abord été modérées, se sont progressivement accrues, et la marche est devenue extrêmement pénible. Elles sont à peu près constantes sans être toujours très-intenses la nuit ; elles empêchent parfois le sommeil ; enfin elles sont toujours plus intenses dans la station verticale que dans le décubitus horizontal.

La malade boite notablement. La claudication a commencé avec les douleurs et augmente après quelques heures de station debout et de marche.

La malade indique, comme siège de ses douleurs, la région sacro-iliaque, la fesse, les parties externe et antérieure de la cuisse jusqu'au genou, mais nullement le trajet du nerf sciatique. La pression et la percussion, au niveau de la partie postérieure de l'os iliaque, augmentent momentanément les souffrances.

La malade peut détacher le talon du lit et fléchir complètement la cuisse sur le bassin. Les mouvements communiqués par le chirurgien ne se transmettent pas au bassin et à la colonne vertébrale. Il n'y a ni

abaissement du bassin, ni cambrure lombaire, ni effacement du pli de l'aine.

M. Gosselin conclut à l'existence d'une arthrite sacro-iliaque, de nature probablement rhumatismale.

OBSERVATION XV.

Sacro-coxalgie blennorrhagique du côté droit (Observation communiquée par M. le D^r Siredey.) (Inédite).

Albert M..., étudiant, âgé de 18 ans, d'un tempérament lympho-sanguin, n'ayant jamais eu de rhumatisme, a eu, l'année dernière, une première blennorrhagie. Il présente actuellement une épидидymite peut-être tuberculeuse.

Vers le 1^{er} janvier 1865, nouvelle blennorrhagie.

Le 1^{er} mars, à notre première visite, l'uréthrite est presque guérie, mais le malade est forcé de rester au lit, car il ne peut ni marcher ni se tenir debout, à cause d'une douleur qui, nulle pendant le repos, se réveille par les mouvements et par la pression. Elle occupe la partie supérieure et postérieure de la fesse droite; son summum paraît être au niveau de la symphyse sacro-iliaque et peut-être aussi au point d'émergence du nerf sciatique; pourtant il n'y a pas de propagation douloureuse sur le trajet du nerf. On ne trouve ni tuméfaction, ni rougeur à la peau. Les mouvements du genou sont faciles; ceux de l'articulation coxo-fémorale limités, quoiqu'il n'y ait rien d'appréciable au niveau de cette articulation.

Repos au lit. Vésicatoires volants morphinés; topiques calmants.

Le 22 mars, il y a peu de changement. Il n'y a pas de douleur pendant le repos et dans le sommeil, mais la marche et la station les réveillent aussitôt, et elles sont exaspérées par la pression exercée juste au niveau de l'articulation sacro-iliaque et seulement en cet endroit.

Le 24 mars, les douleurs ont été calmées par une injection morphinée (0 gr. 02 centig.); le malade ne peut, il est vrai, marcher mais il se tient debout. Nouvelle injection de morphine.

Le 30 mars, M. Foucher, appelé en consultation, confirma le diagnostic d'arthrite sacro-iliaque droite blennorrhagique. Il diagnostique, de plus, un testicule tuberculeux à droite. — Iodure de potassium, 1 gramme.

Le lendemain, il applique sur l'articulation dix à douze raies de feu, qui font immédiatement disparaître les douleurs. Celles-ci reparaissent cinq ou six iours après, à la suite d'un bain sulfureux.

Le 6 avril, nouvelle cautérisation au fer rouge; nouvelle disparition immédiate des douleurs. On recommande le repos absolu au lit.

Le 15, le malade est toujours au lit; il n'y a plus aucune douleur. On cesse l'iodure de potassium.

Quelques jours après, le malade s'étant levé et ayant pris froid, les douleurs apparaissent de nouveau.

M. Nélaton, appelé en consultation, confirme le diagnostic de sacro-coxalgie.

Le malade, devant partir pour l'Angleterre, est perdu de vue.

OBSERVATION XVI.

Sacro-coxalgie blennorrhagique. (Communication de M. le D^r Alfred Fournier.)

M. Fournier a eu l'occasion d'observer une fois la sacro-coxalgie blennorrhagique. C'était chez un jeune homme qui a eu quatre fois la blennorrhagie et qui, chaque fois, a été atteint, en même temps de rhumatisme. Une fois, ce rhumatisme affecta un certain nombre d'articulations, parmi lesquelles celle du sacrum et de l'os iliaque.

OBSERVATION XVII.

Sacro-coxalgie du côté gauche. (Observation recueillie par M. Choupe, interne du service de M. le professeur Laugier.) (Inédite.)

Jeune fille de 16 ans, entrée dans les premiers jours du mois de novembre 1871, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n^o 4, service de M. le professeur Laugier.

Elle se plaint de ne pouvoir marcher sans souffrir et d'épouver depuis plusieurs mois une douleur assez vive, exaspérée par les mouvements, dans le genou du côté gauche.

Cette jeune fille est d'une petite taille, mais ne présente pas de traces de scrofule ni aucun phénomène du côté de la poitrine. Elle est réglée depuis deux ans; les règles sont un peu moins abondantes depuis quelques mois. Léger bruit de souffle au cœur, au premier temps et à la base. Bruit de mouche dans les vaisseaux du cou. Muqueuses décolorées. Elle a d'assez fréquentes palpitations. Son embonpoint est suffisant et elle n'a pas maigri dans ces derniers temps.

Jamais elle n'a éprouvé de douleurs du côté des jointures; jamais elle n'a eu d'abcès ni d'éruptions cutanées.

Il y a environ trois ou quatre mois elle éprouva, sans cause appréciable, une douleur vague dans le membre inférieur du côté gauche. Cette douleur sans localisation spéciale, au début, était accompagnée de phénomènes d'engourdissement et la *rendait paresseuse*, dit-elle. Cette douleur, d'abord intermittente, ne tarda pas à se localiser *dans le genou* gauche, à la partie supérieure et interne de la rotule, et à devenir continue. Bientôt elle commença à boîter et la marche fut accompagnée d'un nouveau point douloureux au niveau de la partie inférieure de la région lombaire. La maladie continua à faire des progrès et la malade se décida enfin à entrer à l'hôpital.

Phénomènes subjectifs. — Douleur vive dans le genou gauche, cette douleur s'exaspère dans les mouvements; cependant elle ne disparaît pas complètement par le repos au lit et le décubitus dorsal. Quand la malade marche, la douleur qu'elle éprouve également à la région lombaire augmente au point de lui arracher des cris. Cette douleur, rayonnant de ce dernier centre, s'irradie alors dans la fesse gauche, mais sans aucun retentissement du côté droit. Elle survient parfois spontanément; elle est réveillée par le décubitus sur le côté gauche et même un peu par le décubitus dorsal. La malade souffre beaucoup moins lorsqu'elle est couchée sur le côté droit.

Phénomènes objectifs. — L'examen de l'articulation du genou gauche ne révèle aucune altération; tous les mouvements sont libres. Le membre inférieur gauche semble plus court que celui du côté droit; cependant une mensuration régulière, le bassin étant ramené à la rectitude, ne révèle aucune altération de longueur; la diminution apparente semble due à l'abaissement de la hanche droite sur laquelle la malade s'appuie surtout en marchant. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont libres. La malade peut s'asseoir presque sans douleur. Les mouvements communiqués dans tous les sens, sont faciles, non douloureux et présentent leur amplitude normale. Il n'y a autour de cette articulation ni gonflement, ni changement de couleur à la peau. La pression brusque sur le grand trochanter du côté gauche réveille une douleur au niveau de l'épine iliaque postérieure. A ce niveau, existe un gonflement assez appréciable, avec une sensation d'empâtement profond. La pression y est douloureuse ainsi que sur les autres points de l'os des îles. Les mouvements que l'on peut communiquer à l'articulation sacro-coxale semblent plus étendus qu'à l'état normal. Cependant, il n'y a aucun déplacement dans les surfaces articulaires.

La pression sur le sacrum, surtout près de la pointe, réveille éga-

lement la douleur. Ni l'examen de la peau, ni le toucher rectal ne font sentir en aucun point de collection purulente.

La colonne vertébrale ne présente ni déviation, ni exagération de courbure, ni points douloureux.

Traitement : huile de foie de morue. — Sirop d'iodure de fer. — Plusieurs cautères.

Au 1^{er} janvier 1872, l'état général était très-bon, mais les phénomènes locaux, sans avoir subi d'aggravation notable, ne s'étaient pas amendés. La malade pouvait toujours s'asseoir et marcher un peu en boitant.

OBSERVATION XVIII.

Sacro-coxalgie double, consécutive à l'accouchement; affections articulaires multiples. (Observation recueillie par M. P. Berger, interne du service de M. le Dr S. Duplay.) (Inédite.)

Mathilde Gaveau, âgée de 23 ans, entrée le 4 juin 1872, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 30.

Atteinte dans la première enfance de scrofulides du cuir chevelu, elle n'a fait aucune maladie. Les règles s'établirent à 15 ans, sans difficultés, elles ne donnèrent jamais lieu à aucun trouble, mais de 16 à 19 ans, la malade fut atteinte d'une chlorose qui nécessita l'administration des ferrugineux.

Elle accoucha neuf mois et demi après son mariage d'un enfant à terme, mort. Les couches avaient, du reste, été faciles. Dix huit mois après, elle eut un second enfant; les couches furent faciles; mais la malade prit froid et eut une indisposition de quelque durée, puis sa santé se rétablit jusqu'à sa troisième couche qui eut lieu treize mois après.

Les couches furent difficiles et longues. Déjà dans les derniers temps de la grossesse elle avait de la difficulté à marcher, avec des douleurs iliaques assez vives à la pression. Elle resta dix à douze jours au lit, et, quand elle se leva, elle remarqua une difficulté plus grande encore de la marche qui était incertaine et titubante.

Il faut ajouter que la malade est charcutière et forcée de rester debout presque toute la journée. Elle parle aussi d'une chute sur le siège, pendant sa dernière grossesse, chute qui aurait été suivie d'une incontenance d'urine qui dura jusqu'à la fin de la grossesse.

Pendant les premiers mois qui suivirent, la malade put encore marcher quoiqu'avec difficulté. Elle resta ainsi dix-huit mois et en septembre dernier, elle fut forcée de garder définitivement le lit.

Dès le mois de mai 1871, elle avait ressenti des douleurs vives dans

la fesse gauche, surtout pendant la marche et un peu à la pression. Ces douleurs gagnèrent, depuis, du côté du coccyx et de là s'irradièrent du côté de l'aîne.

L'hiver dernier, elle eut d'autres douleurs dans les genoux, dans les chevilles et dans les mains.

Du reste, l'état général est bon ; il n'y a aucun signe de tuberculisation pulmonaire ; on remarque seulement un certain degré de déplacement de l'utérus.

Etat actuel. — La malade a été mise, dès le 8 juin, dans une gouttière de Bonnet. Elle se présente dans l'état suivant :

Du côté du bassin, on ne peut noter aucun signe physique, sauf peut-être un peu d'élévation de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. De même, la distance des épines iliaques aux malléoles paraît la même.

Les épines iliaques paraissent un peu plus rapprochées qu'à l'état normal du rebord des côtes. Comme signes fonctionnels : impossibilité des mouvements de torsion du tronc, le bassin étant fixé ; la rotation du tronc vers la droite, est surtout fort douloureuse. Il est impossible à la malade de s'asseoir sans réveiller aussitôt une douleur des plus vives dans la région sacrée gauche.

Celle-ci est douloureuse à la pression, surtout vers l'épine iliaque postérieure et supérieure. Il y a peut-être un peu de tuméfaction, mais tous les signes physiques tirés de l'examen de la région fessière sont nuls et sans valeur à cause de la longueur du séjour au lit qui a amené une déformation de la région fessière, de l'œdème, de la rougeur, de l'empâtement, en même temps qu'un aplatissement dû au décubitus.

La douleur spontanée est vive, surtout vers le pli de l'aîne ; c'est à cette région que la malade rapporte la plus grande partie de ses souffrances qui s'exaspèrent à la toux et dans les efforts.

Quant aux pressions, celles qui ont pour but de rapprocher ou d'écartier les épines iliaques, sont douloureuses et répondent surtout à gauche, et un peu à droite. C'est toujours le pli de l'aîne, puis la fosse iliaque interne, la crête iliaque et la ligne qui joint l'épine iliaque postérieure et supérieure au coccyx qui en sont le siège.

La colonne vertébrale est douloureuse aussi, mais moins depuis quelques jours. La pression sur les apophyses épineuses, à partir de la sixième dorsale est douloureuse ; la souffrance se manifeste d'autant plus qu'on se rapproche de la cinquième lombaire, ce qui peut faire rapporter la douleur à une transmission du mouvement jusqu'à l'articulation sacro-iliaque.

Pas de déviation vertébrale. *La malade paraît enfoncée dans son bassin.* Elle dit elle-même que dans les derniers temps où elle marchait, on lui

faisait observer qu'elle était affaissée et que *sa taille diminuait*. Cet effet est surtout sensible quand elle est assise.

Depuis plusieurs mois, six mois environ, la malade a été prise d'une polyarthrite probablement rhumatismale; les deux genoux d'abord ont gonflé et sont devenus le siège d'un épanchement puis d'un engorgement qui augmente de volume. Le pourtour des articulations tibio-tarsiennes est œdématié, à droite surtout. Leurs mouvements sont néanmoins plus libres que ceux du genou qui ne peut se fléchir même à 120° ou 140°.

La pression sur toutes ces articulations est des plus douloureuses; il en est de même pour les articulations tarsiennes, intermétatarsiennes ainsi que pour l'articulation scapulo-humérale gauche, les deux coudes et les articulations du carpe et du métacarpe des deux côtés. Toutes celles du membre supérieur, néanmoins, permettent encore des mouvements étendus.

Presque seules les deux articulations coxo-fémorales ne donnent lieu à aucun signe douloureux, à aucune gêne fonctionnelle. La pression sur les trochanters n'est nullement douloureuse, ni au pli de l'aîne où la douleur est si marquée, ni sur tous les autres points qui entourent la capsule.

Le reste de l'état local et général est peu important à noter. Apyrexie complète. L'appétit, le sommeil sont bons; le ventre est un peu flasque; néanmoins les fonctions digestives se font sans embarras.

OBSERVATION XIX.

Sacro-coxalgie du côté gauche consécutive à une chute. (Observation recueillie par M. Denis, interne du service de M. L. Lefort.) (Inédite.)

Jules Salins, 36 ans, peintre en bâtiment, entré le 25 décembre 1871 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Ferdinand, n° 10 (service de M. Lefort).

Cet homme est d'une bonne constitution et n'a jamais eu de maladies antérieures. Il a fait une chute de sa hauteur sur des plâtras, et à la suite de cet accident, il entre à l'hôpital pour des douleurs dans la fesse gauche. Repos au lit.

Le 1^{er} janvier 1872. Pas de fièvre. Saillie notable à la partie supérieure de la cuisse gauche. Douleur à ce niveau, par la pression et par le choc sur le talon. Mouvements de la cuisse faciles.

On lui applique des ventouses scarifiées, puis on l'immobilise complètement avec une attelle de fil de fer en T comprenant le bassin et tout le membre gauche.

Le 25 janvier, les douleurs sont plus vives et toujours localisées en arrière, autour de l'articulation sacro-iliaque où se voit un certain empatement profond et un léger œdème de la peau. Articulation coxo-fémorale libre. Pointes de feu. Bon état général.

Le 27 février, la douleur persiste, mais tout empatement a disparu; les saillies osseuses sont appréciables. Pointes de feu, appareil silicaté comprenant le bassin et la cuisse malade.

Les douleurs avaient cessé le 4 mars; mais elles reviennent le 8 mars et le 13 elles sont vives dans la fesse, surtout pendant la nuit. On retire l'appareil.

Le 28 mars, on trouve dans l'aîne une saillie qui se continue dans la fosse iliaque interne. Les douleurs, vives à ce niveau, s'irradient dans le cordon. Etat général bon.

1^{er} avril. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet.

Le 3. Les douleurs sont les mêmes dans la fosse iliaque gauche. Le malade a eu quelques frissons depuis deux jours.

Le 9. L'empatement augmente avec la douleur. Pas de sommeil. Elancements dans la tumeur iliaque.

Le 27. La douleur et l'empatement ont presque disparu. Le malade ne souffre que dans les efforts.

Le 1^{er} juin. Bon état général. La douleur est un peu revenue dans la fosse iliaque gauche.

Le 26. La douleur est plus vive depuis quelques jours, au niveau de l'articulation sacro-iliaque en arrière où se voit un empatement notable de consistance fongueuse. La douleur s'irradie le long du nerf crural. Sommeil impossible. On peut encore amener la cuisse à angle droit avec le bassin. Le malade est maintenu dans la gouttière de Bonnet. Il éprouve toujours des douleurs profondes dans la fosse iliaque interne.

OBSERVATION XX.

Sacro-coxalgie gauche, suppurée. (Observation recueillie par M. Carré, externe du service de M. Broca). — Inédite.

Joséphine-Marie Rose, négresse originaire d'Afrique, âgée de 36 ans, est entrée à l'hôpital des Cliniques, le 23 avril 1872.

Elle est malade depuis quatre mois. Avant le mois de janvier 1872 elle se portait bien et n'avait fait aucune maladie. Son arrivée en Europe date de 1857 et depuis cette époque elle habite Paris où elle est placée comme cuisinière.

Elle ne porte pas de cicatrices scrofuleuses ni de ganglions engorgés.

La poitrine présente quelques signes de tuberculisation; submatité aux deux sommets; à droite, dans la fosse sous-épineuse retentissement de la voix; respiration diminuée.

Sueurs nocturnes. — Les fonctions digestives s'accomplissent avec régularité.

Lors de son entrée à l'hôpital, elle présente une tumeur dans la fosse iliaque externe gauche, un peu en haut et en dedans. Cette tumeur est molle, fluctuante, irréductible, située assez profondément. La contraction du muscle grand fessier la rend plus dure, plus aplatie et moins fluctuante.

Cette tumeur est apparue il y a quelques mois. La malade souffrait en marchant et ne pouvait s'appuyer sur la jambe gauche depuis le mois de janvier. Elle a fait une chute vers cette époque et s'est aperçue quelque temps après de l'existence de la tumeur.

Elle consulta un médecin qui crut à une coxalgie et fit appliquer des vésicatoires, des deux côtés au niveau de l'échancrure sciatique, car les douleurs s'irradiaient aux deux membres.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur fait un relief assez considérable, du volume d'une orange. Il y a un certain degré de claudication. L'articulation coxo-fémorale est saine; les mouvements communiqués au membre sont faciles, non douloureux et celui-ci n'a pas subi d'atrophie. Cependant quand la malade se tient debout, l'attitude rappelle celle de la coxalgie; elle s'appuie davantage sur le membre droit et le bassin se trouve dévié.

L'exploration de l'articulation de la hanche ne laissant aucun doute sur son intégrité, et la douleur étant parfaitement localisée au niveau de l'articulation sacro-iliaque où la pression la réveille, M. Broca diagnostique une sacro-coxalgie, et rattache l'abcès sous-musculaire à la lésion de l'articulation.

Deux ponctions successives ont été faites. La première a donné 150 grammes de pus; la seconde, à peu près la même quantité.

A la suite de cette dernière, la tumeur s'est remplie de nouveau. Elle mesure aujourd'hui 23 cent. dans le sens transversal et 17 cent. dans le sens vertical. Inférieurement et vers la partie interne elle est devenue dure et résistante.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I

Pl. I.

- a. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- b. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- c. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- d. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- e. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- f. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- g. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.

Pl. II.

- a. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- b. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- c. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- d. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- e. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- f. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- g. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.

PLANCHE II

Pl. II.

- a. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- b. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- c. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- d. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- e. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- f. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.
- g. Carte géologique de l'arrondissement de Valenciennes.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

FIG. 1.

Coupe transversale de l'articulation sacro-iliaque droite (d'après Luschka).

- a. Sacrum.
- b. Os iliaque.
- c. Périoste.
- d. Cavité articulaire.
- e. Fibro-cartilage du sacrum.
- f. Fibro-cartilage de l'os iliaque.
- g. Ligament interosseux.

FIG. 2.

- A et B. Prolongements en forme de franges de la surface libre de la couche fibreuse du cartilage (Luschka).
- C. Epithélium de la face interne de la synoviale (Luschka).

FIG. 3.

Pièce du musée Dupuytren 267. c. (M. Verneuil.)

Altérations des surfaces articulaires de la symphyse sacro-iliaque gauche. — Le tissu spongieux du sacrum et de l'os iliaque est à nu.

Altérations au niveau de la fosse iliaque interne qui est perforée.

PLANCHE II.

Pièce du musée Dupuytren 267, b. (M. Verneuil). (Voir *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 219.)

- a. Excavation creusée aux dépens du sacrum et de l'os iliaque.
- b. Dépôts osseux, au pourtour de l'articulation.

Fig. 1.

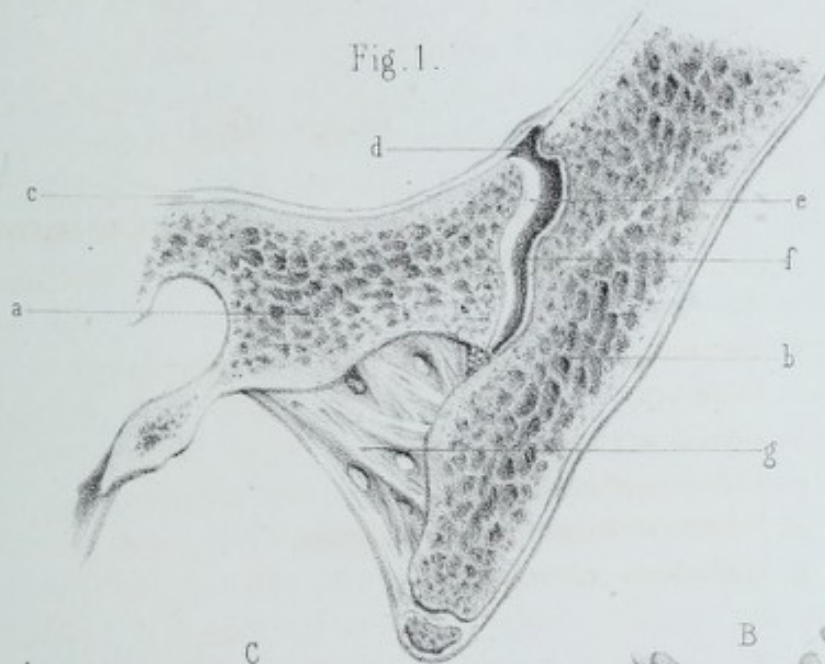


Fig. 2.

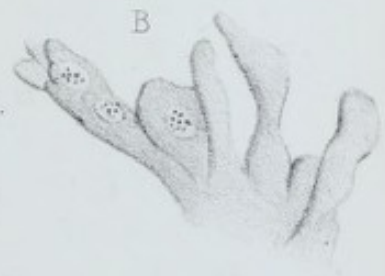
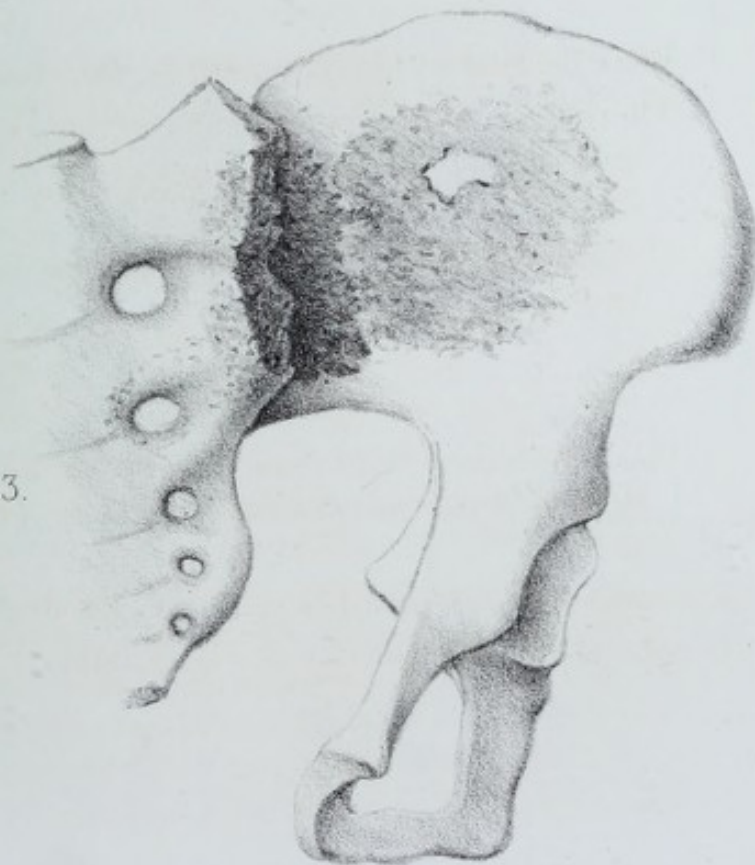
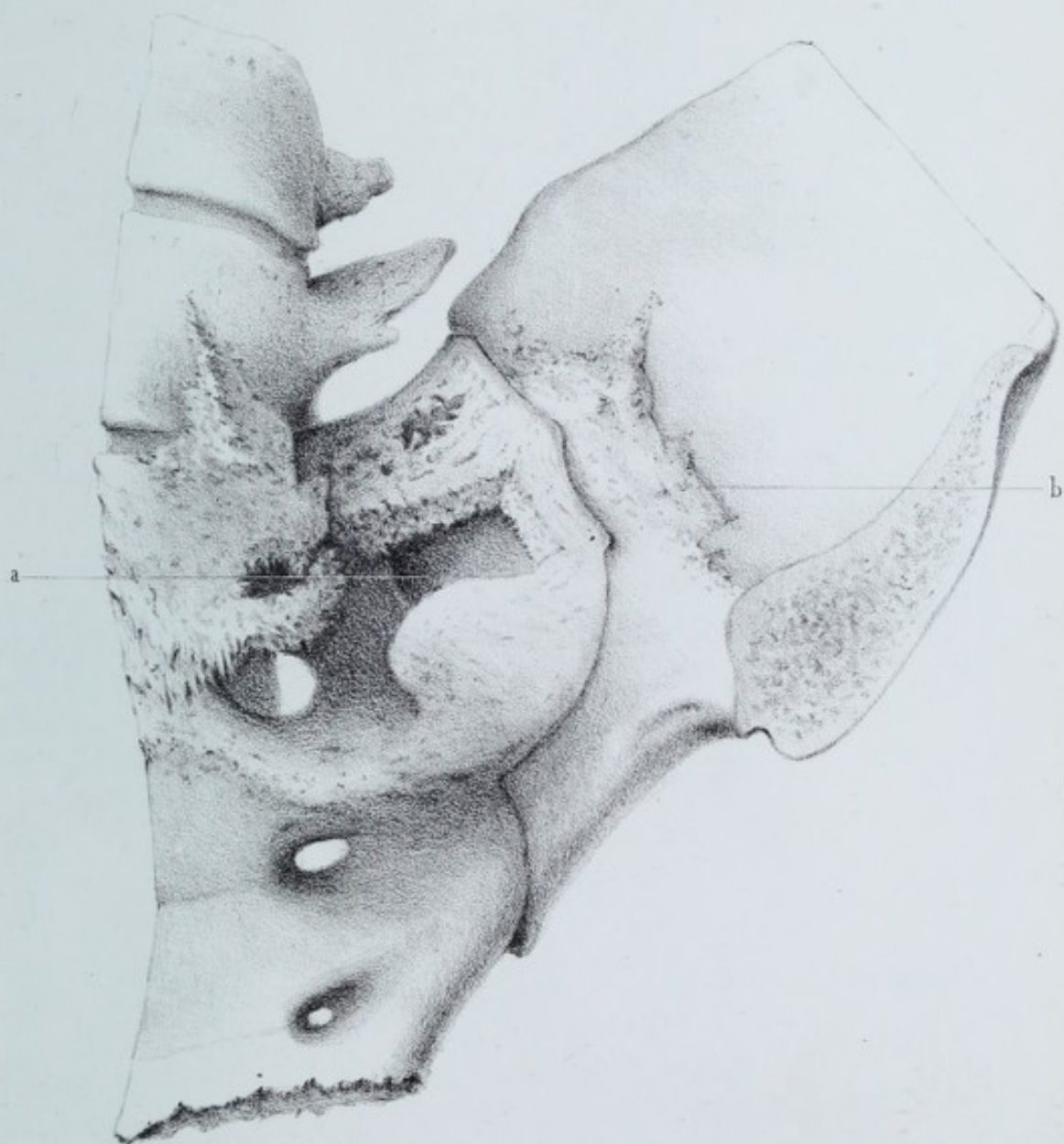


Fig. 3.









INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- LOUIS. — *De l'écartement des os du bassin*. Mém. de l'Acad. de chirurg. T. X, éd. Didot.
- ENAU. — Nouveaux Mém. de l'Acad. de Dijon. III, p. 152; 1784.
- THOMASSIN. — Journal de médecine militaire; 1788.
- LHÉRITIER. — Journal de Fourcroy. T. IV, p. 236; 1792.
- RUST. — Arthrokakologie. Vienne, 1817.
- BOYER. — Traité des maladies chir. IV, p. 139; 1821.
- VELPEAU. — Archives gén. de médecine; 1824. T. VI, p. 220. *Recherches et observ. sur la phlegmatia alba dolens*.
- BRODIE. — Pathological and surgical observations on diseases of the joints. London, 1828.
- LARREY. — Clinique chirurgicale; 1829. T. III, p. 330.
- HAYN. — Medicinische Zeitung. Berlin, 1832; et Journ. des connaiss. medico-chir. T. II, p. 121.
- LAUGIER. — Dict. en 30 vol. T. V, p. 88; 1833.
- HAHN. — *Ueber die Sacro-coxalgie*. — Stuttgart, 1833; et Allgemeine medicinische central-Zeitung, analysé par le D^r Chambeyron. (Arch. gén. de médecine. Avril 1834).
- CHR. PFENFER. — Gazette médicale, p. 328; 1834.
- FRÈRE. — Thèse de Paris; 1838.
- NICHET. — Gazette médicale; 1840. Observ. XV.
- GIRAULD DE NOLHAC. — Thèse de Paris; 1840.
- DELINEAU. — Thèse de Paris; 1842.
- JOYEUX. — Thèse de Strasbourg; 1842.
- MAISONNEUVE. — *De la coxalgie*. Thèse d'agrégation; 1844.
- LENOIR. — Mémoire lu à l'Acad. de méd., le 1^{er} avril 1851 (*sur les articulations du bassin*).
- VERNEUIL. — Bulletins de la Soc. anatom.; 1851, p. 219.
- HATTUTE. — Thèse de Paris; 1852. *De l'arthropathie sacro-iliaque*.
- CROCQ. — Traité des tumeurs blanches; Bruxelles, 1853, p. 451.
- GURLT. — Beitræge zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Gelenkkrankheiten. Berlin, 1853.

- DUNCAN. — Edinb. med. Journal, 1854, p. 112 et p. 201. *On the sacrum considered as forming part of the vault of the Pelvis.*
- LUSCHKA. — Virchow's Archiv. für pathol. Anat.; 1854. *Die Kreuzdarmbeinfuge und die Schambeinfuge des Menschen*, p. 299.
- MOREL-LAVALLÉE. — Bulletins de la Soc. de chirurgie; 18 mars 1857.
- ROLLET. — Gazette médicale de Lyon; 1858.
- GUÉNIOT. — Bullet. de la Soc. anat.; 1858, p. 221.
- ERICHSEN. — The Lancet, 1859; I, p. 25. *A lecture on the sacro-iliac disease.*
- CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration, p. 206.
- BARWELL. — A treatise on Diseases of the joints. London, 1861, p. 363.
- MAISONNEUVE. — Clinique chirurgicale. I, p. 347.
- L. LABBÉ. — *De la Coxalgie*. Thèse d'agrégation; 1863.
- HULKE. — Transact. of the pathol. soc. of London; XIV, 1863, p. 208.
- VERNEUIL. — Bullet. de la Soc. de chir. Novembre et décembre 1865.
- MARTIN et COLLINEAU. *De la Coxalgie*. Paris, 1865, p. 400.
- COURTY. — Diction. encycl. des sc. méd. Article *Bassin*.
- HAMILTON. — *Caries of the sacro-iliac joints*. New-York med. Rec., II, n° 28.
- DOLBEAU. — Clinique chirurgicale; 1867, p. 390.
- A. NÉLATON. — Pathologie chirurgicale, 2^e édit., II, p. 810.
- GOSSELIN. — Gazette des hôp.; 1868, p. 574; et 1870, p. 297.
- S. DUPLAY. — Traité de pathologie, III, p. 98; 1868.
- LUSCHKA. — Praktische Anatomie des Menschen; II Bd., 2 abth.
- HOLMES. — A system of surgery, 2^e édit. *Disease of the sacro-iliac joints*, par A. Johnstone; t. IV, p. 88.
- EMMERT. — Lehrbuch der speciellen Chirurgie; 1871; 2 Bd., p. 192.
-