plutôt affaire à une attitude passagère et de peu de durée.

On a remarqué, chez de jeunes enfants, une lordose de la région lombaire que n'expliquait aucune lésion du voisinage. Il est très probable que ces cas traduisent une exagération simple de l'attitude normale.

2° **Anatomie pathologique**. — Cette déviation, contrairement encore à la scoliose, ne s'accompagne que très tardivement de lésions du squelette, des ligaments et des muscles. Elle amène une exagération de la courbure dorsale et s'accompagne alors de cyphose de compensation.

Fig. 93.
Lordose.

Le bassin est incliné en avant et possède un promontoire très saillant. A la longue, des altérations anatomiques se produisent : les os, s'amincissant au point où s'exerce la pression maxima, arrivent à contracter entre eux, dans cette attitude vicieuse, des adhérences auxquelles participent tous les tissus voisins et l'appareil ligamenteux en particulier.

3° **Symptômes**. — Le sujet atteint de lordose présente une ensellure lombaire manifeste qui a, comme conséquence immédiate, une saillie prononcée de l'abdomen ; la voussure dorsale est plus accusée et la tête se trouve portée en avant. Les plis inguinaux sont plus profonds que normalement, par suite du mouvement d'inclinaison en avant qu'a subi le bassin ; pour la même raison, les régions fessières sont plus proéminentes. Sous l'influence de la suspension, tous ces signes s'atténuent et disparaissent excepté chez les enfants atteints de lordose essentielle et non symptomatique, qui n'est que l'exagération de l'état normal.

4° **Diagnostic**. — Le diagnostic est simple ;en présence d'un sujet atteint de lordose, ce qu'il faut chercher, c'est la cause : on reconnaîtra vite la lordose symptomatique d'une luxation congénitale de la hanche ou d'une coxalgie ; en général, la lordose n'est qu'un épiphénomène de ces affections dont le diagnostic et déjà fait lorsqu'on constate la déviation du rachis.

L'atrophie musculaire et au besoin les réactions électriques permettront de découvrir les lordoses d'origine paralytique qui ont été décrites par Duchenne de Boulogne.

La recherche des phénomènes douloureux et l'examen des principaux viscères feront, dans d'autres cas, trouver la cause de la déviation rachidienne.

5° **Traitement**. — La lordose banale, symptomatique, ne réclame d'autre traitement que celui de l'affection causale. Dans le cas où elle est primitive, elle doit être traitée comme la scoliose, par les différents moyens dont dispose l'orthopédie.

ARTICLE V

OSTÉOMYÉLITE VERTÉBRALE

L'ostéomyélite vertébrale existe au même titre que l'ostéomyélite du tibia ou du fémur, elle est l'inflammation des vertèbres.

1° **Étiologie**. — Affection rare, dont on ne connaît guère qu'une trentaine d'observations publiées (Chipault, *Gaz. des hôpitaux*, 1896 ; Tournadour, *Thèse de Paris*, 1890), l'ostéomyélite vertébrale est soumise aux mêmes causes que celle de autres régions. Plus fréquente chez les garçons que chez les filles, elle est toujours une complication du travail de croissance et se présente exclusivement pendant les jeunes années. Son siège de prédilection est la région lombaire, mais on la voit se développer dans toutes les autres régions du rachis ; dans une proportion à peu près égale, elle frappe les corps vertébraux et la masse apophysaire.

2° Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques sont celles de l'ostéomyélite commune sur le périoste et les os. D'après Chipault, les complications sont de deux ordres; elles se produisent : 1° du côté des parties périrachidiennes, et 2° du côté du canal vertébral.

Les premières comprennent les lésions des articulations costales et sacro-iliaques envahies souvent par le pus, et les collections ossifluentes elles-mêmes qui se répandent dans les gouttières vertébrales ou apparaissent derrière le pharynx, dans le médiastin, dans le bassin ou l'échancrure sciatique, sur la gaine du psoas. Abcès des gouttières et abcès plus profonds peuvent être simultanés et communiquer. Un abcès peut être à la fois antérieur et postérieur quand il est déterminé par une lésion située sur la partie latérale d'une vertèbre.

Les complications du côté du canal rachidien ne sont autres que la propagation de l'inflammation aux enveloppes de la moelle, à celles du cerveau quand l'ostéomyélite siège dans le segment supérieur du rachis, et les fusées purulentes du côté du canal rachidien. La méningite spinale ou cranienne, l'inflammation de la moelle ou du cerveau peuvent également se présenter.

3° Symptômes. — Les phénomènes généraux de cette maladie infectieuse sont encore caractéristiques.

Les signes locaux varient avec la région. L'ostéite des arcs vertébraux postérieurs se décèle vite par de l'empâtement, de l'œdème, de la rougeur et même de la fluctuation sur les gouttières vertébrales.

Quand les corps vertébraux se trouvent tout d'abord intéressés, l'abcès pharyngien, l'abcès du médiastin, l'abcès abdominal ou pelvien se montrent plus tardivement avec leurs caractères propres de compressions nerveuses ou viscérales, leurs troubles fonctionnels.

Quel que soit le siège de l'ostéomyélite, il existe toujours de la raideur de l'axe vertébral accompagnée d'une douleur locale extrêmement vive, mais l'excitation locale peut disparaître devant une résolution momentanée absolue, qui témoigne de

la haute gravité de l'infection générale, ou devant des accidents convulsifs produits par la propagation de l'inflammation vers les centres nerveux.

4° Marche. — L'évolution très rapide, la gravité croissante et la mort sont les caractères de l'ostéomyélite, ici comme dans les autres régions. Certains cas, quand ils tournent à l'état chronique, doivent, s'ils s'accompagnent de déformation vertébrale, offrir bien des traits de ressemblance avec le mal de Pott.

5° Diagnostic. — Outre la méningite spinale ou cérébrale, toutes les maladies fébriles graves prêtent à confusion avec l'ostéomyélite vertébrale, dont le diagnostic ne présente cependant pas de très grandes difficultés si l'examen est méthodiquement fait et le début de l'affection bien établi.

6° Traitement. — Cependant la situation profonde de l'inflammation, les difficultés sérieuses qu'on éprouve quelquefois pour affirmer dès le début l'existence de l'ostéomyélite et son siège précis rendront toujours le traitement hésitant, mais dès que le foyer est formé, dès qu'il apparaît collecté, il convient de l'atteindre par de larges incisions et de le drainer après avoir, s'il est possible, attaqué les os dénudés avec la curette tranchante (Chipault). Ce principe général d'intervention hardie, large, doit nécessairement tenir compte des difficultés qu'entraîneront les abcès intra-thoraciques ou pelviens.

ARTICLE VI

MAL DE POTT

Mal de Pott veut dire : tuberculose vertébrale.

Depuis les travaux de Percival Pott (1779-1785), qui décrivit exactement les symptômes de cette affection, les recherches de Nélaton (1836) ont affirmé sa nature tuberculeuse et l'Ecole de la Salpêtrière, sous la direction de Charcot, nous a

montré comment il fallait interpréter les désordres nerveux bien observés autrefois par PERCIVAL POTT.

Pour la description de cette maladie vertébrale, nous suivrons la division donnée par le professeur LANNELONGUE (Paris, 1888) qui, à juste titre, fait entrer dans un même chapitre : 1° la *tuberculose antérieure ou des corps vertébraux;* 2° la *tuberculose postérieure ou des arcs postérieurs des vertèbres;* 3° le *mal sous-occipital;* 4° la *tuberculose sacro-iliaque;* 5° la *tuberculose sacro-coccygienne.*

§ 1. — TUBERCULOSE ANTÉRIEURE OU MAL DE POTT PROPREMENT DIT

Cette localisation principale se présente à la région cervicale, à la région dorsale, à la région lombaire, d'où plusieurs variétés décrites : cervico-dorsale, dorso-lombaire, lombo-sacrée. Ces trois variétés possèdent des caractères communs qui semblent repousser une description spéciale. Il suffira d'indiquer à propos des symptômes ce qui appartient à chaque variété.

1° Anatomie pathologique. — Nous décrirons successivement les altérations des os, des ligaments, des enveloppes de la moelle, de la moelle, des nerfs et des parties molles voisines, des vaisseaux, enfin les abcès ossifluents.

a. *Os.* — La tuberculose des corps vertébraux se présente sous deux états différents : soit sous forme d'ulcération, d'infiltration plus ou moins étendue pouvant occuper la superficie des os ou une portion variable de leur épaisseur, soit sous forme enkystée quand l'envahissement tuberculeux a rapidement détruit une partie importante du corps vertébral et accumulé à son centre une masse composée de fongosités, de pus, de débris osseux ou de substance puriforme analogue à de la matière sébacée ou à du mastic.

Quel que soit le mode de début, il est certain que forme ulcéreuse simple ou forme enkystée peuvent se donner la main dans leur évolution, se confondre et arriver au même résultat,

qui est de détruire la vertèbre, d'amener l'effondrement de l'axe vertébral et d'envahir les parties voisines.

Ce processus destructeur peut s'arrêter en chemin et faire place au processus de réparation avant que l'axe vertébral se soit infléchi, avant que la déformation soit devenue sensible à l'extérieur, mais cette heureuse terminaison est rare et l'envahissement tuberculeux gagne profondément un ou plusieurs corps vertébraux, les parties molles voisines, les centres nerveux et les nerfs qui sont en relation avec eux.

Le plus souvent un corps vertébral est envahi sur une large étendue ; bientôt les disquesvertébr aux pris à leur tour disparaissent et les corps voisins participent aussi à la formation du foyer tuberculeux. La question de savoir si les disques sont quelquefois le point de départ de la maladie, comme le voulaient BROCA et RIPOLL, n'est pas définitivement tranchée, mais e résultat serait le même et l'on admet aujourd'hui avec le professeur Lannelongue que la mono ou polyarthrite seraient toujours de nature tuberculeuse.

Autour de ce foyer principal, de distance en distance, se montrent sur les corps vertébraux voisins d'autres foyers plus petits, de moins en moins gros à mesure qu'on s'éloigne du foyer primitif de la lésion. C'est ainsi que bien souvent l'examen clinique nous montre non pas une flexion exactement anguleuse, mais une courbure un peu vive limitée à un département restreint de la colonne vertébrale.

b. *Ligaments.* — Des os la tuberculose marche parallèlelement vers les ligaments : le ligament vertébral postérieur résiste longtemps et protège les méninges, mais il cède à son tour, se dissocie, disparaît. Il en est de même du ligament antérieur qui disparaît avant lui. Quand ces tissus qui défendaient l'accès des méninges et de la moelle sont envahis, les trous de conjugaison participent à l'ulcération fongueuse, et si l'axe vertébral s'affaisse, les nerfs de la région peuvent avoir à souffrir de compressions produites par l'épaississement de la dure-mère alors que les os détruits laissent aux parties nerveuses une place trop large.

c. *Enveloppes.* — La dure-mère, résiste au début comme