La ponction même réitérée suivie d'injections iodoformées ou naphtolées ou l'incision favorisent trop souvent l'infection secondaire du foyer pour être des méthodes de choix, mais il ne faudrait pas les repousser quand toute chance de résorption a disparu. Les règles de l'asepsie les plus rigoureuses devraient alors être suivies.

Il n'est pas possible d'assigner une durée exacte pour le traitement du mal de Pott. L'immobilisation sera, en moyenne, maintenue pendant deux ans, le corset orthopédique de Sayre ou la minerve viendront ensuite, pendant une année environ, aider la réparation commencée et l'on se rappellera que toute lésion vertébrale qui se trouve placée au milieu de la région dorsale n'est déjà plus justiciable du corset simple, mais réclame la minerve parce que la tête et le cou doivent être fixés.

Le Dr Petit (de Salies) a proposé et appliqué pour la convalescence du mal de Pott dorso-lombaire un appareil ingénieux pour permettre au patient de marcher sans corset ou de le suppléer (voyez figure 98).

Nous ne citons que pour mémoire le traitement général, l'air salin, les bains fréquents, les révulsifs locaux.

La vérité dans le traitement du mal de Pott ne consiste pas à savoir quel moyen chirurgical sera capable de combattre telle ou telle complication, mais au contraire à faire le plus tôt possible un diagnostic exact et à proposer de suite les moyens simples, qui presque toujours évitent les complications et conduisent à la guérison. Ces moyens simples seront l'immobilité avec ou sans extension.

§ 2. — Mal de Pott postérieur

La tuberculose de la masse apophysaire est souvent associée à celle des corps vertébraux, mais cette dernière offre quelquefois des signes extérieurs qui peuvent en imposer pour un mal de Pott postérieur.

1° Anatomie pathologique. — La tuberculose des apophyses articulaires ou transverses, des lames et des apophyses

épineuses, est beaucoup plus rare que celle des corps vertébraux, et si l'on tient compte des cas où le mal de Pott antérieur, sans déplacement osseux, produit des abcès du côté des gouttières vertébrales, qui peuvent en imposer pour une carie tuberculeuse de la masse apophysaire, cette rareté s'affirme encore davantage.

Cette localisation de la tuberculose menace moins la moelle et les nerfs rachidiens, mais encore faut-il considérer le siège qu'elle occupe sur des apophyses éloignées du canal vertébral ou sur des parties, comme les lames et les apophyses articulaires qui affectent des rapports immédiats avec lui.

La tuberculose par ses progrès peut donc envahir les méninges et la moelle, les articulations costales, les espaces intercostaux et le tissu sous-pleural qui est décollé, les gouttières vertébrales surtout. C'est de chaque côté de la ligne épineuse que l'abcès ossifluent vient se montrer en général, même quand il est produit par une altération d'une apophyse épineuse. Souvent sessiles ces abcès, chassés par la pression des muscles et guidés par les interstices celluleux qui les séparent suivent encore un long trajet pour venir se montrer à une grande distance de leur point d'origine.

2° Symptômes. — Tous les signes du mal de Pott antérieur sont à peu près retrouvés dans la tuberculose apophysaire; cependant la douleur spontanée est faible en général et les troubles fonctionnels sont bien moins accusés. En revanche, la douleur au toucher, exactement située sur une apophyse épineuse, sur un point précis des parties latérales du rachis, est un caractère important autant que l'abcès sessile qu'on constate quelquefois à côté du point douloureux, tandis que les ébranlements communiqués au tronc n'exagèrent pas la souffrance.

3° Diagnostic. — Pouvoir distinguer le mal de Pott antérieur et la tuberculose apophysaire est le point capital, mais ce diagnostic est souvent très difficile. On voit en effet les douleurs

irradiées sur les troncs nerveux, si fréquentes dans le premier cas, manquer quelquefois et se présenter au contraire dans le second, des collections purulentes venues des corps vertébraux fuser dans les gouttières vertébrales, des abcès déterminés par la carie apophysaire se répandre à la fois en avant des corps et du côté des gouttières, de manière à produire des collections en bissac dont les deux parties sont réductibles l'une dans l'autre. Nombreux seront les cas où la déformation, la gibbosité, est seule capable de trancher l'hésitation : sans elle le diagnostic restera souvent en suspens.

4° Traitement. — Le traitement confirme souvent ces hésitations : une intervention, dirigée contre une lésion localisée, doit s'arrêter parce qu'elle conduit bientôt sur un trajet profond qui va jusqu'aux corps vertébraux placés quelquefois très loin; dans d'autres circonstances une lésion secondaire des apophyses arrêtera en route la main de l'opérateur, et la lésion principale, celle des corps vertébraux, restera méconnue.

En revanche, s'il est possible de faire un diagnostic exact, l'ouverture de l'accès, son ablation, la résection de l'apophyse malade ou son curettage, constituent la méthode de traitement la plus rationnelle.

Si le doute existe, toutes les probabilités sont pour le mal de Pott antérieur et le traitement ne peut être l'objet d'aucune hésitation.

§ 3. — Tuberculose sacro-coccygienne

Cette forme de tuberculose est, chez l'enfant, encore plus rare que la précédente.

Elle peut donner lieu à une action destructive importante sur le coccyx, à des abcès qui fusent du côté de l'excavation, de la marge de l'anus, de la région fessière.

Les indications auxquelles elle donne lieu ne s'éloignent pas des règles générales qui régissent la thérapeutique des lésions tuberculeuses facilement accessibles. L'intervention s'impose

dès que le diagnostic est bien établi. On agit soit par le curettage, soit par la résection des parties intéressées.

§ 4. — Mal sous-occipital

La tuberculose atloïdo-occipitale et atloïdo-axoïdienne constitue le mal sous-occipital. Les lésions peuvent être localisées ou s'étendre plus ou moins loin sur l'occipital ou sur la colonne cervicale. Cette localisation du mal de Pott, présente une physionomie toute particulière, tant à cause de la mobilité extrême des articulations que du voisinage du bulbe.

1° Anatomie pathologique. — Ces lésions usent, déforment, détruisent les os, les articulations, les ligaments ; elles sont surtout prononcées sur les condyles, l'arc antérieur de l'atlas, le corps de l'axis et l'apophyse odontoïde; elles déterminent d'abord l'affaissement de la région, au point que l'apophyse odontoïde remonte dans le trou occipital (Lannelongue), et quelquefois des luxations pathologiques qui sont occipito-atloïdiennes et atloïdo-axoïdiennes. Les premières, rares, se font quelquefois en arrière, plus souvent en avant, de telle sorte que le bord postérieur du trou occipital rencontre et comprime le bulbe; elles sont unilatérales le plus souvent. Les secondes, plus fréquentes, sont surtout antérieures; tantôt il se produit une subluxation de l'atlas en avant avec inclinaison en arrière de l'apophyse odontoïde qui comprime le bulbe (forme généralement brusque avec mort instantanée) ; tantôt luxation bilatérale lente avec rétrécissement du canal rachidien ; tantôt enfin luxation unilatérale. On observe enfin des luxations complexes qui participent à la fois des deux variétés.

L'abcès par congestion peut être *intra* ou *extra*-rachidien. Extra-rachidien, il se collecte en arrière du pharynx, ou il peut fuser plus ou moins loin ; sur les côtés du cou, en arrière ou en avant du sterno-mastoïdien, dans le creux sus-claviculaire.

Il faut noter aussi les lésions de pachyméningite habituelles du mal de Pott.

2° Symptômes. — Le premier signe du mal sous-occipital est la douleur provoquée par les mouvements de la tête, la toux, l'éternuement, un faux pas, etc. Parfois un nourrisson crie quand on le met au sein et refuse de téter, tandis qu'étendu il prendra le biberon, parce que sa tête sera immobilisée. Ailleurs la douleur est réveillée par les mouvements de déglutition, on croit à une angine.

La douleur peut être spontanée et se manifester sous forme de névralgies locales ou irradiées.

De bonne heure l'enfant immobilise la tête et le cou ; l'attitude d'un sujet atteint de mal sous-occipital est caractéristique : la tête, légèrement inclinée de côté, un peu renversée en arrière, est enfoncée entre les épaules; la région cervicale paraît affaissée. La démarche est guindée et quand le sujet veut regarder de côté, il se retourne tout d'une pièce et soutient quelquefois la tête avec ses mains. Mais des points d'élection existent pour réveiller la douleur. La pression dans le creux sous-occipital, sur les parties latérales de la colonne cervicale en haut, sur le fond du pharynx avec le doigt introduit dans la bouche, enfin la percussion légère sur le sommet de la tête réveillent une douleur très vive.

A la palpation on trouve empâtée la région sous-occipitale, et de chaque côté des ganglions engorgés; la pression sur ces parties peut déterminer une douleur assez vive. Enfin on devra rechercher les abcès dans les régions indiquées. Le toucher du pharynx permettra d'apprécier l'état des vertèbres ou de reconnaître la présence d'une collection. Les abcès peuvent se faire jour à l'extérieur et laisseront après eux des trajets fistuleux.

Les altérations médullaires sont presque la règle dans le mal sous-occipital ; des troubles moteurs atteignent les membres sous forme de monoplégie, hémiplégie, paraplégie avec exagération des réflexes ; la vessie et le rectum ne se paralysent que tardivement. Des troubles sensitifs existent sous forme de névralgies ou d'anesthésies, parfois d'anesthésie du côté opposé à la paralysie motrice. Enfin, en rapport avec la compression de tel ou tel noyau bulbaire, des troubles variés, oculaires, laryngés, etc., se produisent quelquefois.

3° Marche et pronostic. — L'évolution est lente d'une manière générale, mais la guérison est moins fréquente que dans le mal de Pott. La mort subite peut survenir inopinément par compression brusque du bulbe, même au cours d'une amélioration notable qui faisait espérer une guérison prochaine.

4° Diagnostic. — Il faut être prévenu de rechercher le mal sous-occipital dans les cas de dysphagie persistante chez les

Fig. 99.

Type de minerve en gomme laque pour l'immobilisation de la tête et du cou (Gourdon).

nourrissons. On ne le confondra pas avec un torticolis musculaire. Le *torticolis* osseux par arthrite cervicale aiguë se reconnaîtra à son début brusque, à son apparition au cours d'une crise rhumatismale ou après une maladie infectieuse, mais, il est bien entendu que le torticolis osseux est aussi la conséquence directe du mal sous-occipital guéri.

5° Traitement. — Les règles du traitement du mal sous-occipital sont les mêmes que celles du mal de Pott ; immobi-

lisation et extension continue sur la tête à l'aide de courroies prenant leur point d'appui sur le menton et la protubérance occipitale, l'immobilisation et la contre-extension étant assurées par le corset.

Plus tard, quand l'amélioration a fait suffisamment de progrès, on peut se contenter d'un collier de carton ou mieux d'une minerve plâtrée ou en laque, que le chirurgien fait lui-même et qui a pour but d'assurer l'immobilisation et de supporter le poids de la tête. Mais il est plus facile d'énumérer ces préceptes que de les réaliser sur le malade qui ne s'y soumet qu'avec peine. L'extension et la contre-extension sont pénibles dans le mal sous-occipal et tout l'avantage reste aux minerves bien faites.

La thérapeutique des abcès, soumise aux règles communes, présente cependant quelques particularités quand l'abcès est rétro-pharyngien. Les chirurgiens sont d'avis d'ouvrir par la voie externe un abcès rétro-pharyngien plutôt que par la cavité buccale. Il est évident qu'une fistule pharyngienne a des dangers immédiats en déversant continuellement des produits tuberculeux dans les voies digestives.

§ 5. — Tuberculose sacro-coxale, sacro-coxalgie

La sacro-coxalgie ou tuberculose de l'articulation sacro-coxale est primitive ou consécutive à la tuberculose vertébrale.

1° Anatomie pathologique. — Toutes les lésions décrites dans les grandes articulations se retrouvent ici, jusqu'à l'ankylose osseuse consécutive à l'ulcération osseuse et la déformation oblique ovalaire du bassin qu'entraîne cette soudure osseuse chez les jeunes sujets. A l'évolution de cette affection l'os iliaque paraît, dans le plus grand nombre de cas, prendre une part très active en ce sens que la tuberculose, dont il est fréquemment affecté, gagne la symphyse et l'aileron du sacrum. Les abcès se développent autour de la lésion, en arrière du côté de la fesse, en avant dans le bassin, s'échappant

les uns par l'échancrure sciatique, les autres suivant les vaisseaux fémoraux ou descendant sur les côtés du rectum pour arriver à la région anale.

Le voisinage des vaisseaux peut amener de la phlébite des grosses veines iliaques.

La sacro-coxalgie est une maladie de l'enfance aussi rare que la coxalgie est fréquente.

2° Symptômes. — Douleur locale exagérée par la marche, la percussion et la pression des côtés du bassin, retrouvée en un point précis sur l'articulation en arrière et par le toucher rectal sur les côtés du sacrum. Douleur sciatique provoquée par l'irritation du plexus voisin (Lee).

Gonflement sensible à la vue, au palper et au toucher rectal.

Trouble de la fonction, traduit par de la difficulté de la marche, la flexion de l'articulation coxo-fémorale dont les mouvements sont libres cependant, une abduction légère de la cuisse avec abaissement de l'épine iliaque correspondante. Le sujet marche dans cette attitude avec précaution, en s'appuyant surtout sur le membre sain et en faisant exercer au pied du côté malade des mouvements de reptation pour éviter toute secousse qui retentirait sur la partie douloureuse.

3° Diagnostic. — Entre la sacro-coxalgie, la tuberculose iliaque quelconque et la coxalgie la confusion peut être faite, et l'examen attentif complété par le toucher rectal est nécessaire.

4° Traitement. — Le repos et l'immobilisation dans les conditions que nous avons déjà proposées, les pointes de feu, les injections modificatrices, la ponction ou l'incision des foyers tuberculeux et, si possible, le curettage de la partie malade. Cette dernière intervention demandera souvent l'usage du trépan et du ciseau pour pénétrer profondément et l'on procédera en attaquant d'abord l'os iliaque, le plus intéressé en général. Si la suppuration s'était déjà répandue en avant du