

résistance des tissus ; comme causes secondes, la pression continue, le contact des urines et des matières fécales. Trop souvent, les escarres s'infectent et une septicémie s'établit.

Traitement. — Dans les fractures fermées, sans symptômes médullaires, il suffit de maintenir le décubitus horizontal. Dans les fractures fermées, avec symptômes médullaires, mais sans déplacement osseux, il faut s'en tenir à la même immobilisation, dans la gouttière de BONNET. S'il existe un déplacement osseux notable, la réduction est indiquée : elle peut se faire, comme KÖNIG l'a réglé, en 1879, par la suspension au moyen de l'appareil de Sayre, et être maintenue par l'application d'un corset plâtré. Opératoirement, on peut intervenir : 1° dans une fracture des lames vertébrales, pour enlever les esquilles ; 2° dans une fracture du corps vertébral, pour supprimer les deux éléments de la compression médullaire, la saillie du fragment vertébral en avant, la pression des arcs en arrière. Des interventions nombreuses ont été déjà tentées ; les résultats ne sont pas favorables, 12 guérisons à peine sur plus de 150 cas : l'intervention n'a de chances d'être efficace que si elle est précoce, si elle s'adresse aux fractures qui atteignent le rachis dans ses parties basses, lombaire et lombo-sacrée.

CHAPITRE V

TUBERCULOSE DES VERTÈBRES

Historique et définitions. — Par deux mémoires successifs, publiés vers la fin du siècle dernier, en 1779 et en 1783, PERCIVAL POTT a établi les rapports de certaines *paraplégies* avec la *carie des vertèbres*, avec la *gibbosité* (courbure de l'épine) qui en est le résultat et avec les *abcès froids* qui souvent l'accompagnent. Il a ainsi constitué ce syndrome qui, dans sa complète expression clinique, est défini par une triade symptomatique : 1° la lésion rachidienne et la bosse qui en est la traduction ; 2° l'abcès ossifluent ; 3° la paralysie. Aussi, pour consacrer l'œuvre de synthèse clinique due au chirurgien anglais, est-il classique d'appeler la tuberculose vertébrale, le *mal de Pott* ; de même qu'on dit : maladie de Basedow.

Mais ce terme de mal de Pott s'applique particulièrement à la tuberculose de la colonne *antérieure* du rachis, c'est-à-dire à celle qui siège sur les corps vertébraux. — A côté de cette forme, type clinique prépondérant, il faut étudier le *mal vertébral postérieur*, c'est-à-dire la tuberculose qui occupe l'arc vertébral, lames et apophyses. En outre, il est une localisation qui constitue une espèce clinique, spéciale par ses symptômes et ses indications thérapeutiques : c'est la tuberculose de la partie supérieure du rachis, le *mal sous-occipital*.

L'œuvre clinique de PERCIVAL POTT a été complétée durant ce siècle. DELPECH, NICHET et NÉLATON ont établi que le mal vertébral est une localisation de la tuberculose, susceptible de prendre ici ses deux formes habituelles : le type *enkysté* et le type *infiltré* ; et les recherches histologiques et bactériologiques contemporaines ont confirmé cette unité des lésions tuberculeuses du rachis.

POTT avait tracé de la paralysie un tableau précis ; restait à en déterminer la pathogénie ; cela a été l'œuvre de CHARCOT et de ses élèves, qui nous ont appris l'importance des lésions fongueuses des méninges dans la compression médullaire et dans la production de la paraplégie pottique.

LANNELONGUE a étudié, avec clarté, les conditions de développement et de progression des abcès ossifluents : il a montré que le rôle essentiel appartient ici à la membrane tuberculogène, c'est-à-dire à la paroi externe de la collection, qui envahit de proche en proche les tissus.

En thérapeutique, François DAVID, « modeste praticien de Rouen », avait, dès la fin du siècle dernier, recommandé le repos et le décubitus horizontal ; ces sages conseils sont restés valables, la gouttière de Bonnet en a permis la réalisation ; le corset de Sayre est un bon soutien pour la colonne dorso-lombaire. L'époque contemporaine a vu les grands progrès suivants : d'abord et surtout, l'incision aseptique des abcès ossifluents ; puis l'action opératoire sur les lésions vertébrales ; le traitement chirurgical des paralysies pottiques. Le redressement forcé de la gibbosité, préconisé par CALOT, est une proposition contestable, aux indications limitées.

1. — TUBERCULOSE DES CORPS VERTÉBRAUX

Anatomie pathologique. — Étudions chacun des trois termes qui définissent le mal de Pott ; la lésion rachidienne et la gibbosité ; 2° l'abcès ossifluent ; 3° la paralysie.

§ 1^{er}. LÉSIONS DU RACHIS. — 1. *Effondrement de la colonne antérieure.* — L'altération tuberculeuse des corps vertébraux se présente sous deux formes : le type enkysté ; le type infiltré. — Dans la *variété enkystée*, une série de granulations s'agglomèrent, se fusionnent après destruction des cloisons trabéculaires et subissent la transformation caséuse : si l'on pratique la coupe d'une vertèbre ainsi altérée on trouve dans le tissu spongieux de son corps, une *caverne*, remplie d'un bloc opaque ou jaunâtre, plus ou moins ramollie. — Dans l'*infiltration tuberculeuse*, la formation des nodules tubercu-

leux ne se limite pas : elle s'étend d'emblée, dans la moelle des aréoles, jusqu'à une moitié de vertèbre, un corps vertébral entier, formant une tache jaune d'infiltration opaque ; cette tache représente toute une portion osseuse vouée à la mort. Une nécrose en résulte et un sillon d'élimination se produit qui isole, au milieu d'une cavité fongueuse, ce bloc spongieux, formant séquestre.

Quel que soit le type anatomique, — formation d'une caverne ou production d'une masse nécrosée dans l'épaisseur de la vertèbre — le résultat est identique. Sur un point, la résistance de la colonne antérieure du rachis est compromise. Or, sur ce tronçon vertébral, rendu fragile par les altérations destructives, s'exerce le poids de la colonne sus-jacente, des membres thoraciques, de la tête. Lorsque la caverne s'est assez agrandie ou lorsque le bloc nécrosé est assez étendu pour que la coque spongieuse, qui les renferme, ne puisse plus résister à cette pesée, la colonne des corps vertébraux se rompt et s'affaisse à ce niveau. Deux conditions interviennent dans cette interruption du rachis : 1° l'action destructive du processus tuberculeux ; 2° l'influence mécanique de la compression qui favorise le progrès de l'ulcération bacillaire.

Par suite de ce tassement de la colonne antérieure, le rachis s'infléchit en avant. D'où la formation, par l'inclinaison des deux segments vertébraux au niveau du foyer de destruction, d'un angle ouvert en avant : c'est l'*angle rentrant*, de LANNELONGUE. En arrière, au contraire, ce plissement rachidien

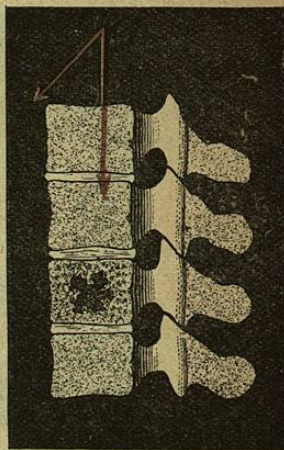


Fig. 36.

Schéma montrant l'écrasement d'un corps vertébral tuberculeux, sous l'action de la pesanteur (s'exerçant verticalement selon l'axe de gravité et en avant par le poids des membres supérieurs).

détermine la production d'une coudure de la ligne épineuse ; c'est la *bosse* ou *gibbosité*.

II. *Angle rentrant prévertébral*. — L'angle rentrant est d'ouverture variable, selon l'étendue de la destruction vertébrale et de l'effondrement qui en résulte. Il est *aigu*, lorsque l'inflexion est complète et que les segments rachidiens sus et sous-jacents au foyer ulcéreux se rapprochent et se mettent en contact, ce qui se produit surtout après la destruction d'une seule vertèbre ou de deux moitiés de vertèbres voisines,

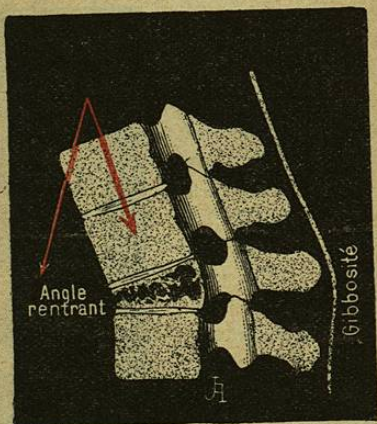


Fig. 37.

Schéma montrant la formation de l'angle rentrant et de la gibbosité, par inflexion antérieure du rachis.

mais ce qui s'observe aussi, comme MÉNARD a raison de l'indiquer quand il s'agit de foyers plus larges intéressant trois, quatre et six corps vertébraux. Il reste plus ou moins *obtus*, l'inclinaison du tronçon supérieur étant peu marquée, quand il n'y a qu'une simple coupure vertébrale ou quand, malgré la présence d'un ample foyer de destruction, les deux segments ne peuvent venir en contact, empêchés par de gros séquestres interposés, ou limités dans leur rapprochement, comme c'est

le cas des larges destructions de la région dorsale, par la présence des côtes.

III. *Gibbosité*. — La gibbosité du mal de Pott, formée par la saillie des arcs postérieurs répondant aux corps vertébraux détruits, se caractérise généralement par les deux points suivants : elle est *angulaire* et *médiane* ; et ces deux caractères la distinguent de la *forme arrondie* et de la *situation latérale* de la gibbosité scoliotique.

Mais cette règle classique souffre maintes exceptions. La forme angulaire n'est réellement marquée que pour les gibbosités qui correspondent à la destruction d'un ou deux corps vertébraux. Quand le foyer tuberculeux s'étend à plusieurs corps, l'arête épineuse des vertèbres malades dessine un arc de cercle à rayon plus ou moins long : c'est une *courbure*, non une *coudure*, et cette forme courbe de la bosse pottique est d'autant plus marquée, dans ces larges foyers, que les arcs dont le corps a été détruit et qui, partant, ont perdu leurs attaches avec le rachis antérieur, tendent à se rejeter en arrière, sous la forme d'une anse plus ou moins allongée. Ordinairement le foyer de destruction étant médian et symétrique, le rachis s'effondre dans le plan sagittal : d'où, le type médian de son inflexion. Mais si les lésions prédominent sur un côté des corps vertébraux, l'inclinaison rachidienne prendra une forme latérale, pseudo-scoliotique : ces types ont été signalés par KIRMISSON, PHOCAS et nous-même.

IV. *Courbure de compensation*. — Au-dessus et au-dessous de la gibbosité, se produisent deux courbures, de sens opposé à celui de la bosse, c'est-à-dire concaves en arrière : elles ont pour but de rétablir l'équilibre du tronc et de maintenir l'axe de gravité du corps.

V. *Réparation osseuse*. — Quand un mal de Pott arrive à la guérison, quel est le processus de réparation au niveau du foyer osseux ? — La consolidation du rachis, c'est-à-dire la soudure osseuse des deux tronçons, se produit fort lentement et n'est réalisée qu'après quatre, cinq et six ans : voilà un point capital en pratique. Encore, ne s'agit-il que d'une soudure partielle, portant surtout sur les anses et les pédicules, et non

d'un cal régulier intersegmentaire ; car les productions osseuses nées du périoste prévertébral, sont exceptionnelles. Dans le mal de Pott, de deux à trois ans d'évolution, il est de règle que le foyer tuberculeux persiste, avec une cavité pleine de pus ou de caséum : sur le cadavre, on peut ordinairement redresser la courbure pathologique, la partie interrompue du

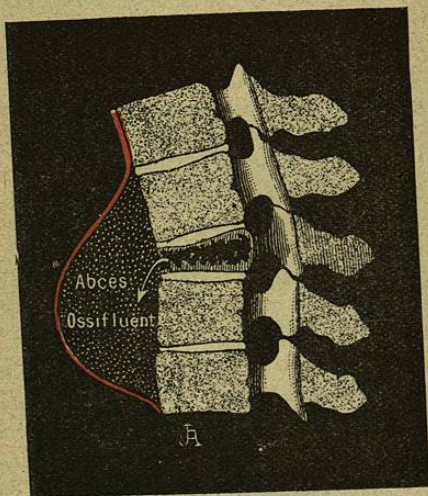


Fig. 38.

Schéma montrant un abcès ossifluent, né d'une cavité vertébrale, soulevant le ligament antérieur et en voie de progression.

rachis gardant longtemps une mobilité suffisante, ce qui permet le redressement forcé. Dans le mal de Pott plus ancien, alors que la pièce anatomique indique extérieurement une réparation complète, on trouve sur les coupes des lacunes remplies de tissus fibreux, de fongosités ou de caséum : ce qui fournit l'explication des récidives à lointaine échéance.

§ 2. ABCÈS OSSIFLUENT. — I. *Origine et mode de progression.* — Une cavité tuberculeuse, creusée dans le corps vertébral, s'agrandit et s'ouvre à la surface du rachis ; ou bien, il s'agit

d'une ostéite superficielle, occupant plusieurs vertèbres atteintes à leur périphérie et les ulcérant, en surface, de petits foyers fongo-caséux, forme qui répond à l'ancienne carie.

Dans l'un et l'autre cas, voici l'abcès tuberculeux, contenant du pus séreux, des grumeaux caséux, des débris osseux nécrosés, arrivé sous le périoste vertébral que double le ligament commun antérieur (fig. 38). Cette paroi limitante devient fongueuse : c'est par elle que l'abcès ossifluent va progresser, selon la loi des dépôts tuberculeux : sa face cavitaire, infiltrée de follicules dégénérés, se détruit et déverse son contenu dans la collection, pendant que sa face externe, « zone active » de LANNELONGUE, envahit de follicules nouveaux les couches successives des tissus.

Donc, un abcès ossifluent, « abcès par congestion » des anciens, est un véritable *prolongement de la lésion vertébrale* : il s'accroît par la simple influence de la pesanteur, qui fait descendre le pus vers les points déclives et le fait s'écouler le long des gaines aponévrotiques et vasculaires ou des espaces conjonctifs ; il s'agrandit par l'infection tuberculeuse qui gagne de proche en proche ; et c'est ce qui explique que le développement de ces collections se fasse parfois dans un sens opposé à la pesanteur (*abcès récurrents* de LANNELONGUE) ou qu'il suive des trajets échappant aux dispositions anatomiques normales.

II. *Disposition régionale.* — Les collections prévertébrales issues de la région *cervicale*, descendent souvent en arrière du pharynx (abcès rétro-pharyngien), de l'œsophage, et peuvent fuser jusque dans le médiastin postérieur ; celles, nées sur les côtés de la colonne cervicale, se développent vers le cou et vers le creux sus-claviculaire.

Le mal de Pott dorsal donne lieu à de petites collections, souvent sessiles, accolées en avant à la colonne, bombant vers le médiastin ou vers la plèvre ; rarement l'abcès dorsal fuse dans l'espace intercostal, créant une variété d'abcès péri-thoraciques.

Les abcès, venus de la colonne *lombaire*, accomplissent les plus longs trajets : suivant la gaine du psoas qui, grâce à ses

insertions vertébrales, les recueille à la façon d'un entonnoir, ils se prolongent vers la fosse iliaque, qu'ils remplissent de leur dilatation (fig. 39 et 40) et, parfois, forment une volumineuse collection lombaire; passant au-dessous de l'arcade, ils vien-

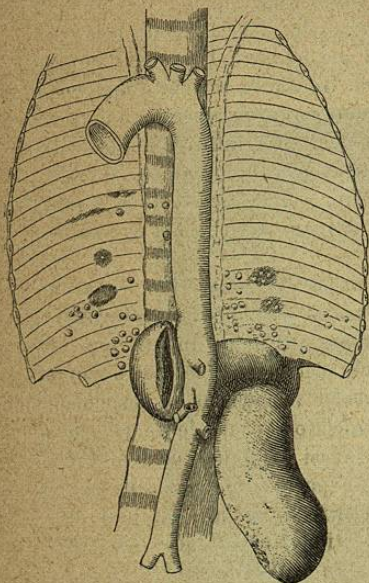


Fig. 39.

Mal de Pott dorso-lombaire : abcès aux divers stades de prolongement (LANNELONGUE).

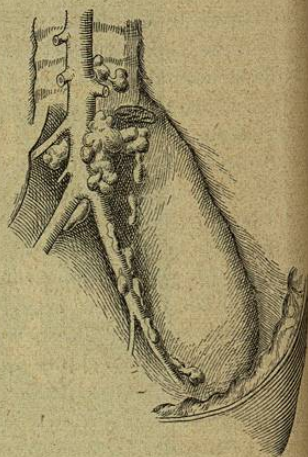


Fig. 40.

Mal de Pott dorso-lombaire. Abscès de la fosse iliaque avec ganglions.

ment bomber soit dans le triangle de Scarpa, soit au niveau du petit trochanter, vers l'insertion basse du psoas (fig. 41); quelquefois, leur trajet devient récurrent et gagne la fesse en fusant en arrière de la hanche.

§ 3. PARALYSIE POTTIQUE. — Il est exceptionnel que la moelle soit comprimée au niveau de la saillie intrarachidienne qui répond au sommet de l'angle d'inflexion.

L'agent de la compression médullaire siège dans les par-

ties molles qui occupent le canal osseux, et non dans la paroi de ce canal. Deux états anatomiques réalisent cet effet; la moelle peut être comprimée : 1° par un abcès, de tension élevée, bombant vers l'intérieur du canal rachidien, ce qui explique que l'ouverture, accidentelle ou chirurgicale, de la collection soit suivie parfois de la disparition des phénomènes paralytiques (fig. 40); 2° par une masse de fongosités, développées soit dans le tissu cellulo-graisseux sous-jacent à la dure-mère (périméningite), soit dans cette dure-mère elle-même, épaissie de plus d'un centimètre, transformée en une demi-gaine fongocaseuse (fig. 41, pachyméningite, dont le rôle a été mis en lumière par CHARCOT).

Une myélite partielle, nous dit CHARCOT, est la conséquence « à peu près obligatoire » de la compression spinale : consécutivement, il peut se produire des lésions dégénératives ascendantes et descendantes. Ces altérations propres de la moelle sont susceptibles de réparation : en effet, cliniquement, il est acquis que la paralysie pottique, même accompagnée de contractures, durant depuis des mois et même des années, peut guérir.

Symptômes et diagnostic. — Le clinicien ne doit pas attendre, pour le reconnaître, que le mal de Pott se soit affirmé par ses trois symptômes : la bosse, l'abcès, la paralysie. Souvent un seul des éléments de cette triade est présent; et le dia-

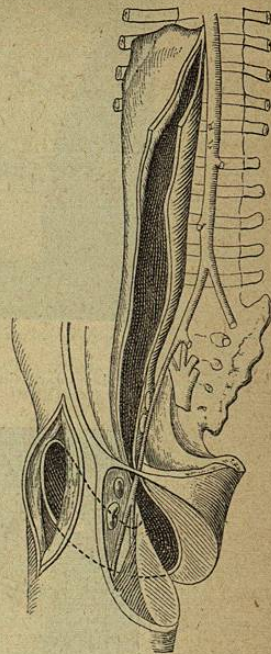


Fig. 41.

Mal de Pott dorsal. Abscès suivant le psoas jusqu'au petit trochanter et gagnant la fesse par un trajet récurrent (LANNELONGUE).

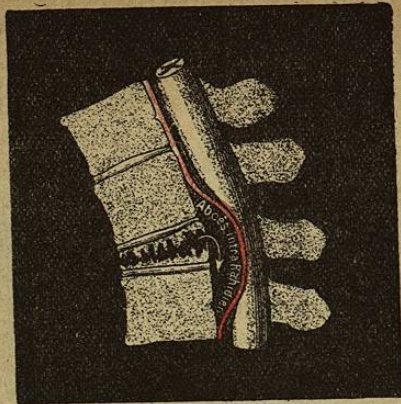


Fig. 42.

Schéma montrant la compression de la moelle par un abcès intrarachidien.

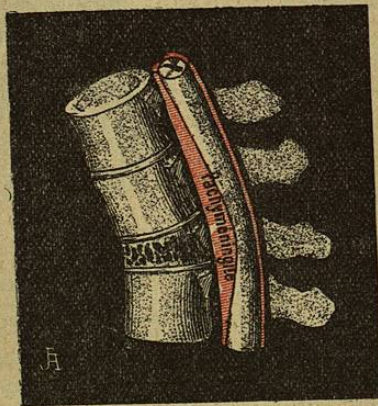


Fig. 43.

Schéma montrant la compression de la moelle par la pachyméningite.

gnostic, dont la précocité est la condition de l'efficacité théra-

peutique, doit même s'efforcer de dépister le mal vertébral à sa phase initiale d'ostéite, avant la destruction et les larges foyers caséux. Or, à cette phase, l'affection comme toute tuberculose ostéo-articulaire, se manifeste surtout par ces deux phénomènes : 1° la douleur ; 2° les contractures musculaires.

I. DOULEURS. — Il faut distinguer : les douleurs spontanées ; les douleurs provoquées.

Les premières prennent, en général, le type de douleurs irradiées, prêtant à confusion. Le mal de Pott cervico-dorsal est pris parfois pour un rhumatisme du cou ou de l'épaule. Au niveau du thorax, on peut croire à une névralgie intercostale. Lorsque les crises douloureuses siègent au niveau des derniers espaces intercostaux, on les attribue aux reins et on les prend pour des coliques néphrétiques : dans le cas d'endolorissement permanent, on parle de lithiase rénale. Sous la forme de névralgies pelviennes, ces douleurs ont parfois été confondues avec des affections anxieuses. Elles prennent parfois l'aspect d'une névralgie sciatique ; et on les met alors sur le compte, soit du rhumatisme, soit du tabes, quand leur intensité est plus vive.

Le diagnostic de ces *pseudo-névralgies pottiques* doit se fonder : sur leur persistance et leur accroissement ; sur leur aggravation par la marche ou la station debout et leur apaisement par le repos horizontal. Quand la douleur s'irradie dans un membre, il est deux signes que DELBERT a mis en relief : d'une part, la discordance entre la localisation de la douleur et la distribution topographique des nerfs (ce qui tient à ce que la lésion compressive s'exerce, au niveau des trous de conjugaison, sur les racines et non sur les troncs périphériques) ; d'autre part, l'exagération des réflexes tendineux du côté malade, réflexes qui sont, au contraire, diminués dans toutes les névrites périphériques.

Les douleurs provoquées doivent être recherchées, au niveau de chaque vertèbre, par une pression méthodique exercée avec le doigt sur les apophyses épineuses, sur les lames, sur les apophyses transverses. La percussion réveille parfois une douleur profonde. Si cette exploration directe ne révèle aucun

point douloureux, exercez une pesée graduée sur les deux épaules, de façon à heurter les corps vertébraux : dans le cas de pseudo-scoliose pottique, la douleur ainsi révélée est un bon signe des altérations tuberculeuses.

II. CONTRACTURES ET IMMOBILISATION VERTÉBRALE. — Étudiez la souplesse du rachis, le malade debout devant vous, et exécutant les divers mouvements de flexion en avant, d'extension, d'inclinaison latérale. Pour les tout petits, on peut les placer à plat ventre et les soulever par les membres inférieurs, ou bien les tenir en l'air sous les aisselles et examiner la mobilité vertébrale dans les mouvements, ou bien simplement leur faire ramasser un objet jeté à terre. Dès le début du mal de Pott, avant toute difformité, on constate, dans le tronçon malade, une raideur anormale, liée à la contracture des masses musculaires des gouttières, contracture parfois visible et palpable sous la forme d'une saillie plus ferme à ce niveau.

III. GIBBOSITÉ. — Une observation nous paraît devoir être mise en relief : nous la fondons sur de nombreux examens. Chez l'enfant où dominant les formes cavernueuses et infiltrées, la gibbosité est précoce et c'est par elle souvent que le mal se révèle. Chez l'adulte, au contraire, où les lésions évoluent plus lentement, sous la forme de foyers ulcérés superficiels, ne compromettant point gravement la solidité de la colonne antérieure, l'affection est plus insidieuse, donnant lieu à des accidents frustes souvent méconnus (pseudo-névrologies radiculaires), la gibbosité est souvent absente, surtout dans le mal lombaire, et un gros abcès froid est parfois le symptôme révélateur du mal vertébral.

Il est une erreur d'appréciation que MEXARD a bien notée : si l'on veut déterminer, d'après la gibbosité, le nombre des vertèbres détruites, on reste ordinairement au-dessous des vrais dégâts ; il faut savoir que toutes les apophyses épineuses qui appartiennent nettement à la courbure de la bosse, correspondent à des vertèbres dont le corps est détruit. A signaler cette règle générale : les gibbosités dorsales tendent à s'accroître ; à la région lombaire, les graves gibbosités sont exceptionnelles.

IV. ABCÈS FROID. — Il arrive souvent que l'abcès reste sessile, accolé profondément à son point d'origine vertébrale, entouré d'une masse fibreuse dense, véritable fibrome, au centre duquel persistent quelques masses caséuses, formant, selon le mot de SIREDEY, « des trainées irrégulières comparables aux gouttes de cire qui descendent le long d'un cierge » : son existence demeure alors ignorée et c'est le cas fréquent des abcès thoraciques. Il faut, pour que l'abcès devienne apparent, qu'il effectue une longue migration, et, partant, qu'il atteigne un volume notable : cette évolution est lente et progressive.

Les caractères de l'abcès ossifluent, nous dit LANNELONGUE, sont ceux d'une collection liquide non douloureuse. S'il occupe une région profonde, sa recherche exige certains procédés : dans le thorax (percussion et auscultation) ; sur les côtés de la colonne lombaire (palper bimanuel) ; dans le petit bassin (toucher rectal). S'il est superficiel, comme dans la fosse iliaque, à la cuisse, au cou, il est facile de reconnaître une tumeur fluctuante, indolente, d'abord recouverte par les téguments et les couches aponévrotiques, mais ne tardant pas à soulever la peau qui se tend, s'amincit et finit par rougir à son niveau. Actuellement, il faut à tout prix, par une incision aseptique, devancer cette ouverture spontanée de l'abcès : une infection grave de la poche en est le résultat et, quand ces poches amples sont infectées, leur antiseptie est presque irréalisable ; le patient succombe à la septicémie chronique, maigrissant, inappétent, en proie à la fièvre hectique.

V. TROUBLES MOTEURS. — Ordinairement, la paralysie ne vient que tardivement, après la gibbosité ; il est des cas exceptionnels, cependant, où la tuberculose vertébrale se manifeste précocement, avant toute déformation, par la paraplégie. Il est rare que cette paraplégie survienne brusquement ; en général, son évolution est lente et progressive : l'enfant se fatigue vite, bronche et trébuche ; ses genoux plient, ses pieds se croisent, peu à peu la station et la marche deviennent impossibles.

La paraplégie pottique est d'abord une *paralysie flasque*, c'est à-dire que les muscles paralysés sont relâchés. Ultérieurement, la paralysie se complique de contractures, d'abord *cloniques*

autant d'erreurs possibles. Au contraire, la douleur provoquée par une pression modérée sur la fossette sous-occipitale, sur la saillie de l'apophyse épineuse de l'axis, sur les apophyses transverses de l'atlas ou de l'axis, au-dessous de la mastoïde, donne des indications précises. On les complète en explorant du doigt, porté dans le pharynx, la sensibilité des faces antérieures des premières vertèbres cervicales.

La *contracture* musculaire prend, ici, un rôle prépondérant, devant parfois toute manifestation douloureuse : c'est elle qui limite et plus tard abolit les mouvements de flexion et de rotation du cou ; c'est elle qui immobilise la tête au-dessus du tronc, donnant au sujet un « air guindé » caractéristique ; c'est elle qui, prédominant sur un côté, déplace et fixe la tête en une attitude qui peut être confondue avec un torticolis. C'est là une erreur fréquente et dangereuse au point de vue thérapeutique : en règle générale, il faut se méfier des torticolis douloureux et persistants des tout jeunes.

Les *abcès froids* sont moins fréquents, nous dit LANNELONGUE, dans le mal sous-occipital que dans la tuberculose des autres régions du rachis : « ce qui tient à ce qu'il évolue plus rapidement et que les malades meurent avant que les foyers tuberculeux aient jeté leurs diverticules vers l'extérieur. » Les *abcès rétro-pharyngiens* sont les plus communs : ils se développent obscurément, gênant peu la déglutition et la respiration, restant latents dans quelques cas et n'étant révélés que par une expulsion copieuse de pus ; le toucher digital de l'arrière-pharynx s'impose dans tout mal sous-occipital. Les régions cervicales latérales et postérieures sont aussi le siège de ces collections ossifluentes.

La *paralysie* prend des formes variables : paralysie débutant brusquement et portant d'emblée sur les quatre membres ; paralysie lente et progressive atteignant d'abord les membres supérieurs puis les inférieurs, où la paraplégie reste ordinairement incomplète ; début par une monoplégie brachiale, gagnant plus tard le membre inférieur du même côté (type hémiplegique) ou le bras du côté opposé. Ces paralysies sont habituellement flasques : quelquefois elles se compliquent de

spasmes dans les doigts et, dans certains cas, de constriction des mâchoires. Les réflexes sont augmentés sur les membres paralysés : heurtez le tendon du grand palmaire, la main se porte vivement en flexion ; frappez le tendon du triceps au-dessus de l'olécrâne, l'avant-bras s'étend brusquement.

Dans quelques cas, la monoplégie brachiale est fruste, limitée à certains mouvements (paresse maladroite des doigts, gêne de l'abduction du bras). Les douleurs, l'atrophie musculaire disséminée peuvent alors égarer le diagnostic vers la périarthrite rhumatismale de l'épaule, vers les atrophies musculaires d'origine médullaire : l'exploration attentive de la colonne cervicale, de ses mouvements, de ses points douloureux, la constatation de réflexes exagérés, permettent d'affirmer l'existence d'un mal de POTT.

Traitement. — Le décubitus horizontal ne suffit pas pour immobiliser un mal sous-occipital : il y faut joindre l'extension continue, par une fronde supportant un poids d'un à trois kilogrammes. Comme appareil de soutien, quand le mal est en état de réparation et que le malade se lève, on peut employer le bandage plâtré de FURNEAUX-JORDAN ou le collier à extension de LANNELONGUE.

L'incision antéro-latérale du cou (procédé de BURCKHARDT) passant en avant du sterno-mastoïdien, est le procédé de choix pour aborder les abcès froids, issus de la colonne cervicale ; quand la collection est nettement rétro-pharyngienne, la voie buccale est utilisable.



Fig. 44.

Minerve plâtrée (Nové-Josserand).