

culose, et en la dégageant de celle qui ne lui appartient pas, nous espérons avoir fait œuvre utile.

DIVISION DU SUJET

La marche suivie dans ces leçons est la suivante. En premier lieu, j'envisagerai le *mal de Pott proprement dit ou mal vertébral antérieur*, c'est-à-dire la tuberculose des corps vertébraux. Le *mal vertébral postérieur* ou tuberculose de l'arc postérieur des vertèbres sera décrit en second lieu. Viendront ensuite deux chapitres distincts pour les localisations tuberculeuses siégeant aux deux extrémités du rachis, le *mal sous-occipital* d'une part, et d'autre part la *tuberculose sacrée*, comprenant la *sacro-iliaque* et la *sacro-coccygienne*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

TUBERCULOSE DES CORPS VERTÉBRAUX

Aspect général du corps. Foyers multiples de tuberculose. Plan général de l'étude anatomo-pathologique du foyer vertébral.

Lorsque le mal de Pott entraîne la mort, ce n'est qu'à la suite d'une longue série d'accidents pathologiques, qui sont liés directement à la lésion vertébrale et à la suppuration interminable des trajets fistuleux ou aux altérations médullaires. D'autres fois il se produit, à une période quelconque du mal vertébral, une nouvelle explosion de tubercules sur un autre point de l'organisme, dans les poumons, l'intestin, le péritoine, les organes génito-urinaires, les méninges, etc., etc. Ces foyers infectieux secondaires occupent souvent alors le premier rang par leur gravité : ce sont eux qui menacent le plus directement la vie. Quoi qu'il en soit, le malade succombe en général dans un état de cachexie profonde dont l'empreinte se retrouve à l'autopsie. Le corps est émacié; le système musculaire, réduit à des couches minces, laisse voir toutes les saillies du squelette. Cet amaigrissement est souvent voilé sur les membres inférieurs par un œdème blanc ou marbré qui remonte plus ou moins haut, quelquefois jusqu'à la partie inférieure du tronc. La peau est sèche, légèrement squameuse, présentant dans certaines régions des poils longs et rares. Ce tableau d'ailleurs n'est nullement propre au mal de Pott; il est pareil dans la tuberculose chronique, quel que soit l'organe atteint.

Souvent on aperçoit au pli de l'aîne, à la face interne ou

postérieure de la cuisse, dans la fosse iliaque externe, un ou plusieurs orifices fistuleux. A la surface de la gibbosité, il y a fréquemment une ulcération plus ou moins large ou des cicatrices anciennes.

Neuf fois sur dix, pour le moins, un certain nombre de viscères présentent des tubercules en plus ou moins grande abondance et à diverses périodes de leur évolution. Il est de règle qu'on en trouve dans les poumons : souvent on en rencontre aussi sur les plèvres, sur la muqueuse intestinale, sur le péritoine, sur les méninges. D'autres fois ce sont des lésions tuberculeuses extérieures, en voie de développement ou de guérison : tuberculomes sous-cutanés, ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses. Toutes ces altérations, chronologiquement liées au mal de Pott, soit qu'elles l'aient précédé, soit qu'elles l'aient suivi, forment un ensemble dans lequel on ne peut méconnaître le processus de l'auto-infection tuberculeuse. Mais il suffit d'avoir signalé l'importance qui doit leur être attribuée, pour n'avoir plus qu'à se consacrer exclusivement à l'étude des altérations du rachis.

Cette étude comprend l'examen des points suivants :

1° Lésions et déformations du rachis ; leur influence physiologique et mécanique sur certaines autres parties du squelette, particulièrement sur la cage thoracique et sur le bassin ;

2° Altérations des parties molles placées dans l'angle rentrant, c'est-à-dire au-devant de la colonne vertébrale : abcès tuberculeux, altérations des ganglions lymphatiques et des vaisseaux artériels et veineux, semis de granulations tuberculeuses à distance ;

3° Lésions des organes contenus dans le canal rachidien : méninges, moelle, racines des nerfs ; enfin, troncs nerveux en dehors du rachis.

ALTÉRATIONS DU RACHIS. — DISTINCTION DES LÉSIONS PROFONDES
ET DES LÉSIONS SUPERFICIELLES

La tuberculose peut affecter toutes les parties constituantes du canal vertébral : en avant, les corps des vertèbres et leurs articulations ; en arrière, les apophyses épineuses, les lames, les apophyses articulaires et transverses, c'est-à-dire les diverses portions de l'arc postérieur. Mais le *mal vertébral postérieur* est une forme à part, n'entraînant pas de déviation grave, comportant des indications opératoires particulières et se terminant en général par la guérison ; la description en sera faite plus loin dans un chapitre spécial. Le *mal de Pott* proprement dit, celui qui est accompagné en général de gibbosité et de paralysie, occupe la colonne antérieure du rachis, c'est-à-dire les corps vertébraux : c'est de lui que nous nous occupons présentement.

A une période avancée de son évolution, le type le plus ordinaire du mal de Pott est essentiellement caractérisé par ce fait que la colonne des corps vertébraux est interrompue dans sa continuité par une lésion destructive plus ou moins étendue. Une, deux ou plusieurs vertèbres ont plus ou moins complètement disparu. Par suite, le rachis s'est infléchi sous le poids des parties du corps placées au-dessus. Cette inflexion se fait toujours en avant, tandis qu'en arrière apparaît une saillie médiane, angulaire ou arrondie, la *bosse* ou *gibbosité* du mal de Pott. Pour interpréter cet état pathologique, il faut tenir compte de deux éléments : le processus tuberculeux qui détruit, et l'influence mécanique qui produit la déviation.

Il est une autre forme d'altération dans laquelle il n'y a ni destruction osseuse profonde, ni division du rachis en deux segments, ni gibbosité angulaire par conséquent. Le processus tuberculeux n'atteint que la surface des corps vertébraux ; il

s'agit alors de ce qu'on a appelé la carie vertébrale, ou, d'après Boyer, la carie superficielle des vertèbres. Mais la distinction entre ces deux formes n'est rien moins qu'absolue : on observe communément sur un même sujet la lésion profonde avec gibbosité, et ailleurs, au-dessus ou au-dessous, dans le voisinage ou à distance, la lésion superficielle de la carie. Cependant, dans un certain nombre de cas, les altérations sont exclusivement superficielles ou profondes. On peut donc distinguer pour l'étude deux formes anatomiques, le mal de Pott profond avec gibbosité, le mal de Pott superficiel sans déformation apparente. On verra plus loin l'importance qu'il convient d'accorder à cette distinction.

ALTÉRATIONS PROFONDES DU RACHIS. — Foyers osseux

Dans la tuberculose profonde, celle que nous étudions d'abord, le foyer de destruction a son centre au niveau de la gibbosité, ou mieux dans l'angle rentrant qui lui correspond en avant. Si les altérations se prolongent à une certaine distance au-dessus et au-dessous, elles y restent plus superficielles.

L'étendue de la portion détruite, résorbée ou nécrosée, varie d'un cas à l'autre. Au degré le plus simple et le moins commun, la destruction, pour ainsi dire linéaire, consiste en une simple coupure transversale d'un corps vertébral dans toute son épaisseur. D'habitude elle comprend une portion plus considérable d'un corps vertébral, un corps vertébral tout entier ; elle peut porter sur deux, trois, quatre, six, huit vertèbres, et même davantage. Dans une statistique de 81 cas de mal de Pott, Bouvier a trouvé 22 fois plus de deux vertèbres complètement détruites. Le même auteur, considérant à la fois les altérations superficielles et les profondes, donne une idée de leur étendue

par les chiffres suivants. Dans les mêmes 81 cas précédents, il a rencontré des altérations :

De 1 ou 2 vertèbres.....	31 fois.
De 3, 4, 5 vertèbres.....	26 —
De plus de 5 vertèbres....	24 —

Cette statistique de Bouvier se rapporte à des malades de tout âge et comprend les variétés superficielle et profonde du mal de Pott.

Lorsque l'interruption du rachis est limitée à une seule vertèbre, le corps vertébral est transversalement détruit ; quelquefois il a complètement disparu ; enfin il peut être frappé de nécrose. Dans ce dernier cas, la loge qui tient la place de la vertèbre contient un ou plusieurs séquestres de forme et de volume variables, depuis la presque totalité d'un corps vertébral jusqu'aux fragments les plus ténus. Ces séquestres sont irréguliers, arrondis ou aplatis en lame, déchiquetés à leur surface. Parfois une portion de la vertèbre, échappée à la mortification, reste adhérente à l'un des fibro-cartilages voisins, supérieur ou inférieur.

Le foyer de destruction est souvent étendu à plusieurs vertèbres : quatre, cinq, six corps vertébraux et même davantage peuvent avoir disparu en totalité ; d'autres ne présentent plus que des débris¹.

Il est de règle qu'il n'y ait qu'un centre principal d'infection tuberculeuse, qu'une seule solution de continuité de la colonne

1. Pièce n° 258-B. M. Dupuytren. — Cette pièce présente peu de déviation, et il n'y a pas trace de réparation. Les troisième, quatrième, cinquième, sixième corps des vertèbres dorsales ont disparu complètement ; les septième et huitième sont ulcérés profondément en avant et en haut.

Pièce n° 258-C. — Gibbosité à angle droit, réparation très complète. Le malade était guéri de sa lésion rachidienne. Les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième corps dorsaux sont entièrement détruits ; il ne reste que des vestiges du deuxième et du huitième. La première et la deuxième vertèbres dorsales sont venues se souder à la face antérieure de la huitième.