

DEUXIÈME LEÇON

SOMMAIRE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (suite).

Altérations des parties molles. — Aspect général de ces parties dans l'angle rentrant.

Abcès symptomatiques. — Synonymie. Collection de pus (Le Dran). Abcès par congestion (anciens); Desault donne à ce terme la signification qui lui est restée. Abcès ossifluent (Gerdy). Abcès tuberculeux ou tuberculome.

La paroi de ces abcès est essentiellement active; elle est tuberculogène. Dans le mal de Pott, l'abcès froid est extrêmement fréquent, quoique non apparent dans des cas nombreux.

Pathogénie. — Développement de l'abcès: du côté du canal rachidien; en avant ou sur les côtés du rachis.

Abcès en communication avec le foyer vertébral; abcès indépendants de ce foyer.

Mode de progression des abcès tuberculeux; rôle des dispositions anatomiques, des influences physiques. Expérience de Kœnig. Le rôle principal appartient à la membrane tuberculogène.

Disposition régionale des abcès du mal de Pott. — Régions cervicale, thoracique et abdominale.

Infection ganglionnaire. — Les ganglions lymphatiques correspondant au foyer vertébral et aux abcès présentent des altérations tuberculeuses.

Granulations tuberculeuses disséminées à une certaine distance du foyer vertébral et représentant de nouveaux foyers produits par auto-inoculation.

Altérations vasculaires. — Artères traversant les abcès tout en restant perméables. Altération de la paroi artérielle par les fongosités; perforation de l'aorte, de l'artère vertébrale. Déviations de l'aorte: inflexions, courbures médianes et latérales. Déformation du calibre, plissement, déformation valvulaire, invagination. Rétrécissements de l'aorte. Dilatation de ce vaisseau au-dessus, dilatation du cœur gauche.

Altérations des méninges, de la moelle et des nerfs. — Compression médullaire. Son mécanisme est complexe; il varie selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas gibbosité. Les causes ordinaires de la compression sont la pachyméningite, les abcès, un refoulement fongueux, et, par exception, une esquille ou une vive arête.

Pachyméningite. — Historique. — Delpech, Louis, Ollivier (d'Angers), Charcot et Michaud.

Description de la pachyméningite. Sa nature tuberculeuse. Ossifications de la dure-mère, granulations sur cette membrane, hémorragies à la surface de la moelle.

Altérations de la moelle. — Changement de direction, de forme, de volume, de consistance. Myélite transverse, altérations histologiques de la moelle. Dégénération secondaire. Faits anatomiques, direction des faisceaux nerveux dans la moelle. Disposition des faisceaux dégénérés (Bouchard). Faits qui échappent à la loi ordinaire (Michaud).

Régénération de la moelle. Notions de physiologie normale; peu de faits pathologiques probants.

Altérations des nerfs. — Névrite interstitielle et parenchymateuse, troubles trophiques consécutifs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(suite)

ALTÉRATIONS DES PARTIES MOLLES

Les altérations osseuses du mal de Pott sont liées presque toujours à des lésions des parties molles prévertébrales, ou intra-rachidiennes. Il semblerait naturel tout d'abord de rapporter ces lésions secondaires à l'influence mécanique de la déviation elle-même; mais il n'en est rien le plus souvent. A part les courbures aortiques, toutes les modifications qu'il me reste à décrire sont le résultat de la propagation des altérations initiales, et elles démontrent une fois de plus leur nature infectieuse. On les observe à la fois en avant du rachis et dans le canal rachidien.

Les premières nous occuperont tout d'abord; elles consistent en infiltrations fongueuses, en abcès symptomatiques, en adénites spécifiques, en granulations disséminées, en déviations des organes adjacents. Elles occupent l'*angle rentrant* du

rachis, c'est-à-dire l'espace angulaire à sommet postérieur

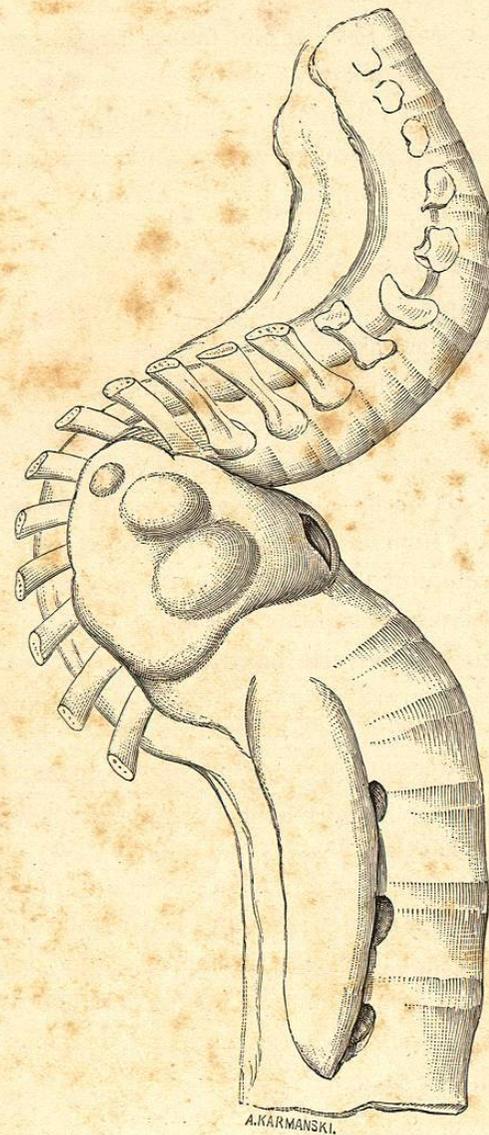


FIG. 7. — Angle rentrant; aspect des parties molles. Abscès tuberculeux multiples; quelques-uns sont indépendants du foyer vertébral. (Voir obs. XII, p. 365.)

compris entre les deux segments du rachis. L'intensité

des désordres correspond aux diverses phases de l'affection.

Au début, ce sera l'infiltration fongueuse du grand surtout ligamenteux, son décollement, son soulèvement par des masses caséuses ou par des débris d'os provenant de l'effondrement. Mais plus tard le ligament est ramolli, transformé, détruit comme ligament, et remplacé par un amas plus ou moins épais de fongosités; quelquefois même on rencontre à son niveau des épaisissements conjonctifs plastiques, formant comme une tumeur qui remplit l'angle rentrant, et qui est en rapport avec les viscères ou organes voisins, déformés, déviés, entraînés. Quelle que soit l'apparence des désordres, l'évolution naturelle conduit à la formation d'un ou de plusieurs abcès dans l'angle rentrant.

Ces abcès présentent les plus grandes variétés. Il y en a un ou plusieurs; ils occupent souvent la partie médiane, où ils constituent des tumeurs saillantes en avant, arrondies, en général peu volumineuses; chez d'autres sujets, ils sont placés dans les gouttières vertébrales, des deux côtés ou d'un seul. Une même tumeur, ouverte en arrière dans la coupure vertébrale, peut présenter trois loges, une médiane et deux latérales, toutes en communication entre elles; dans un deuxième cas, les deux, les trois tumeurs sont indépendantes les unes des autres, quoique en rapport avec le foyer vertébral. D'autres fois, les abcès sont multiples, les uns plus gros, les autres plus petits, et n'ont aucun rapport direct avec le foyer primitif ni les uns avec les autres. Enfin, dans beaucoup dans circonstances, le plus communément, dirai-je, surtout au cou et aux lombes, les abcès partent de l'angle rentrant par une sorte de col, et de là ils s'étendent à des régions plus ou moins éloignées. Tel est l'exposé sommaire des lésions qu'on rencontre au niveau de l'angle rentrant; il convient d'y ajouter la déviation plus ou moins marquée des organes qui sont restés adhérents au rachis ou aux poches des abcès. Cette étude suivra celle des abcès eux-mêmes.

ABCÈS SYMPTOMATIQUES

La membrane qui ferme en avant la cavité tuberculeuse, parvenue à la surface des corps vertébraux, est constituée d'abord par le périoste vertébral, doublé par le ligament commun antérieur. Plus tard, à mesure que l'affection progresse, ces organes normaux se confondent dans une paroi adventice fongueuse, qui contient des tubercules à tous les degrés de développement, comme la membrane des abcès froids. La collection prévertébrale, quelque peu étendue qu'elle soit, a déjà par son origine, son contenu et son enveloppe la plus entière ressemblance avec les abcès tuberculeux. Sa cavité contient du pus séreux, de la matière caséuse, des débris osseux, des séquestres, tous ces éléments ou quelques-uns d'entre eux. L'étendue de la paroi est en rapport avec le nombre des vertèbres ulcérées ou détruites. Son épaisseur, très variable, de même que sa résistance, peuvent s'accroître considérablement en cas de guérison, et former, comme dans une observation rapportée précédemment, une sorte de tumeur, un cal fibreux unissant les deux tronçons du rachis. Mais si, dans un certain nombre de cas, le foyer reste ainsi limité au-devant des vertèbres malades, le plus souvent la paroi se développe d'une manière progressive; ainsi se forment les abcès migrants, qui peuvent acquérir de larges proportions et s'étendre fort loin de la région d'origine. Les grosses collections qui s'observent communément dans le mal de Pott se rattachent donc en général au foyer vertébral.

Elles avaient certainement été vues par les anciens, mais leur mode d'apparition n'était pas éclairci. Au siècle dernier, Le Dran (1731) fait l'autopsie d'un enfant qui depuis trois ans avait senti de la douleur dans l'épine vers la jonction de la dernière vertèbre du dos avec la première des lombes, et auquel,

après une longue hésitation, il avait ouvert (par une incision en croix et en réséquant les quatre angles) une *collection de pus* devenue superficielle à la région lombaire; il trouve « le corps de la dernière vertèbre du dos et les apophyses transverses des trois supérieures des lombes cariés ». Il ajoute : « Probablement c'était là qu'il s'était formé d'abord une tumeur symptomatique, phlegmoneuse ou érysipélateuse, accompagnée ou suivie de carie. » Cet abcès se prolongeait aussi dans la fosse iliaque jusqu'au-dessous du ligament de Fallope. On voit que Le Dran n'était pas bien fixé sur la question de savoir si la *collection de pus*, comme il l'appelle, avait précédé ou suivi la carie vertébrale¹. David² (de Rouen), Percival Pott³, B. Bell⁴, reconnaissent cinquante ans plus tard que c'est la carie qui est l'affection primitive. Encore Percival Pott garde-t-il sur ce point une certaine réserve. « Contre l'opinion générale, dit-il, la carie est plus souvent une cause qu'un effet de ces abcès. » B. Bell est l'un des premiers qui affirment l'origine des abcès dans la lésion vertébrale.

Depuis longtemps on avait désigné d'une façon générale les abcès froids sous le nom d'abcès par congestion, pour les opposer aux abcès inflammatoires. Mais cette expression d'abcès par congestion n'a pris la signification qu'on lui donne aujourd'hui que depuis Desault et depuis l'ouvrage de Boyer. Gerdy a créé le terme d'abcès ossifluents, indiquant bien leur origine et leur tendance à s'ouvrir loin de cette origine. Ce sont surtout les abcès froids ossifluents du mal de Pott qui ont le caractère migrateur.

La nature de ces collections était restée à peu près complètement ignorée. On avait vu souvent leur contenu constitué en grande partie ou en totalité par de la matière caséuse appelée

1. Le Dran, *Observations de chirurgie*, etc., 1731, t. II, p. 117.

2. David, *loco cit.*, p. 95 et suivantes.

3. P. Pott, *loco cit.*, deuxième Mém., 1783, traduit en français en 1792, t. III, p. 135.

4. B. Bell, *of Lumbar abscesses*, in *System of surgery*, 1787, t.V, p. 419.

aussi tuberculeuse, sans que ce nom eût jamais éveillé l'idée que l'abcès froid fût pour cela tuberculeux. La cavité de l'abcès froid, creusée, disait-on, par refoulement dans les interstices des organes, est tapissée par une « membrane lisse, tomenteuse, tantôt grisâtre, tantôt rougeâtre, quelquefois marquée de plaques ardoisées » (Follin), « prétendue membrane granuleuse » (Terrier). A cette membrane granuleuse, formée de tissu embryonnaire suppurant, de bourgeons charnus, on n'avait jamais attribué de caractères spécifiques. Hunter l'avait déjà décrite, et Delpech l'avait appelée pyogénique. C'était tout simplement un tissu de prolifération analogue en tout point à la couche granuleuse qui recouvre la surface des plaies. Nous avons montré que cette membrane limitante était, au contraire, la partie essentielle, la partie active de l'abcès symptomatique. Elle joue le rôle principal dans l'évolution de l'abcès. C'est elle qui fait que l'abcès progresse; ce sont les modifications qu'elle subit qui produisent un arrêt dans cette progression, et par suite la régression et la guérison. Le contenu est habituellement inerte à ce point de vue; il l'est autant qu'aucun élément infectieux n'est importé du dehors, et ne vient semer les germes de la septicémie, c'est-à-dire en général aussi longtemps que le foyer est fermé anatomiquement et physiologiquement. La plupart des auteurs (Boyer, Nélaton, Follin, etc.) avaient distingué les abcès froids des parties molles des abcès ossifluents, distinction artificielle reposant sur ce seul fait que leur lieu de développement est différent, mais n'indiquant aucune différence de nature. Il est établi aujourd'hui que la lésion essentielle et primitive de l'abcès froid, ossifluent ou non, est l'élément tuberculeux. La membrane granuleuse mérite le nom de tuberculogène; elle est constituée par un tissu embryonnaire infiltré de tubercules adultes, de follicules dégénérés ramollis, suppurés dans la zone adjacente à la cavité. Ces tubercules déversent leur contenu dans la collection, qui n'a pas d'autre origine. Dans la zone avancée, zone active ou d'infiltration, on ne

trouve qu'un tissu jeune constitué par une néoplasie conjonctive, embryonnaire, au milieu de laquelle on rencontre çà et là les cellules géantes et les groupes cellulaires du nodule tuberculeux. En un mot, la membrane dégénère par sa face cavitaire, prolifère et progresse par sa face externe, adhérente aux tissus adjacents. On doit retenir de cette conclusion que l'abcès froid n'est pas une collection purulente comparable à celle de la suppuration aiguë du phlegmon. L'abcès froid et l'abcès chaud sont deux états pathologiques qui diffèrent par leur origine étiologique, par leur marche clinique et par leur nature essentielle : l'abcès froid naît par dégénérescence du tissu des tubercules; c'est à proprement parler un tuberculome. Mais gardons le mot ancien en lui donnant la signification nouvelle.

Les abcès tuberculeux sont tellement fréquents dans le mal de Pott, qu'on pourrait dire que leur existence est la règle. Lors même qu'on ne les découvre pas durant la vie et que les sujets guérissent sans collection apparente, on n'est pas en droit de dire qu'ils n'existent pas : car ils peuvent rester cachés au-devant et sur les côtés de la colonne vertébrale. A l'autopsie on en trouve à peu près toujours ; sur plus de cent maux de Pott que j'ai examinés personnellement, je ne me souviens d'avoir vu l'abcès manquer qu'une fois; encore dans ce cas le foyer vertébral contenait-il de la matière tuberculeuse et pouvait-il être assimilé à un abcès. Fréquemment ces abcès restent fort petits, ne dépassent pas le volume d'un marron, d'une pomme. On ne peut constater leur existence dans la cavité thoracique, où ils se trouvent profondément cachés. Il faut souvent, pour qu'ils deviennent apparents, qu'ils fassent une longue migration, et qu'ils acquièrent par conséquent une longueur et souvent un volume considérables.

Exceptionnellement un abcès tuberculeux pénètre dans le canal rachidien et s'y développe entre la paroi osseuse et les méninges, soit dans une direction descendante, soit, ce qui est moins fréquent, dans une direction ascendante. Il sera question

de cette variété peu commune à propos des lésions de la moëlle

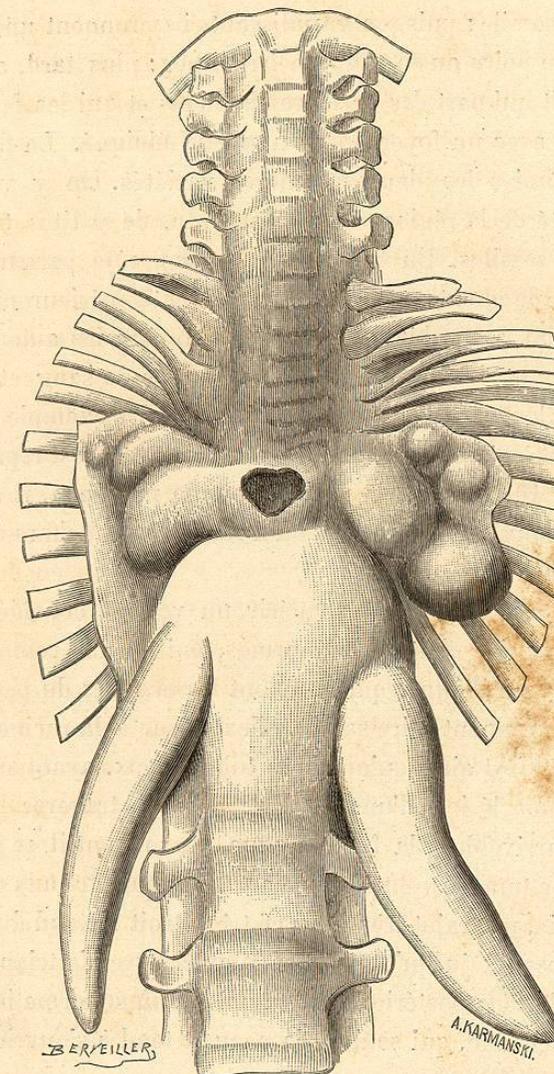


FIG. 8. — Tuberculomes multiples symptomatiques d'un mal de Pott dorsal. Quelques poches tuberculeuses sont indépendantes du foyer vertébral. (Voir obs. XII, p. 365.)

et des méninges. Dans la généralité des cas, c'est en avant du rachis que les abcès naissent et évoluent complètement.

Ils font saillie au-devant ou sur les côtés de la cavité tuberculeuse intra-vertébrale, d'abord sous la forme d'une tumeur arrondie, sessile ; puis, en grandissant, ils prennent une forme allongée en poire ou en cylindre irrégulier ; plus tard, c'est un trajet étroit qui part des vertèbres malades et qui les fait communiquer avec un foyer plus ou moins éloigné. La figure 8 montre réunies les deux premières variétés. On y voit, de chaque côté de la région osseuse atteinte, de petites tumeurs bosselées, sessiles. En bas et de chaque côté partent deux longs prolongements arrondis qui s'effilent supérieurement, et qui justifient assez bien la comparaison que les auteurs ont faite de ces abcès avec des sangsues gorgées de sang et adhérentes, par leur tête, à la colonne vertébrale. Un exemple remarquable d'abcès à migration éloignée à long trajet est représenté à la figure 10. Parti de la région dorsale moyenne, il s'étend jusqu'au triangle de Scarpa, d'où il remonte en dehors dans la fosse iliaque externe.

Ces collections peuvent acquérir un volume considérable ; elles forment des dilatations énormes, qui parfois remplissent toute une fosse iliaque, qui refoulent les organes du petit bassin, ou qui viennent faire saillie à l'extérieur à la racine de la cuisse, etc. C'est ainsi qu'un abcès tuberculeux, ayant son origine dans une lésion d'une vertèbre dorsale, traverse le diaphragme, arrive dans la fosse iliaque, où souvent il se dilate, formant une tumeur volumineuse avant de paraître à la cuisse. D'autres fois, un trajet très long et très étroit s'étend du point de départ osseux jusqu'à une région extérieure, le triangle de Scarpa ou la face postérieure de la cuisse, où se forme la seule collection sensible, qui soulève la peau et tend à s'ouvrir.

PATHOGÉNIE

1° *Origine.* — La pathogénie de l'abcès froid est presque tout entière dans la définition que nous avons donnée : c'est

un *tuberculome*. Plus explicitement, l'abcès froid représente dans les parties molles ce qu'est le tubercule enkysté dans l'épaisseur d'une vertèbre. Les différences physiques qui semblent distinguer les deux localisations tiennent, non à la nature de la lésion, qui est tuberculeuse dans les deux cas, mais au terrain anatomique différent sur lequel elle se développe.

Dans la plupart des cas, l'abcès froid représente simplement un diverticule plus ou moins éloigné du foyer vertébral. Il n'y a qu'une seule cavité, qu'une seule collection commune ; ce qui fait que les débris osseux, les séquestres détachés, prennent parfois la voie des trajets et se rencontrent dans les abcès froids, ou bien sont éliminés par les orifices extérieurs. Dans certains cas assez rares, la cavité de l'abcès est isolée de la cavité tuberculeuse des vertèbres. C'est qu'alors l'abcès a son origine dans une masse de fongosités adjacente au rachis et née d'un bourgeonnement du foyer tuberculeux primitif. La lésion tuberculeuse est continue, mais la cavité est cloisonnée par une certaine portion de tissu infiltré qui ne s'est pas ramolli. Cette disposition peut donc être primitive, mais elle est aussi parfois secondaire : il suffit pour cela que le trajet de communication se ferme, qu'il soit d'ailleurs obstrué par une production de fongosités en un point, ou qu'il se rétracte et se cicatrise par un véritable processus de réparation et de guérison. Ce n'est pas autrement que se forment autour des arthrites tuberculeuses et d'une manière indépendante, en apparence, les abcès froids dits circonvoisins (Gerdy). A leur origine, ils résultent, ou bien d'un diverticule de la paroi fongueuse qui revêt la cavité articulaire, ou bien d'un ramollissement caséux d'abord, puis suppuré, survenu dans l'épaisseur de masses fongueuses péri-articulaires. Dans ce dernier cas, l'abcès froid a toujours été physiquement séparé de la jointure, dans l'autre la séparation s'est faite secondairement par interruption du trajet. Ainsi, dans un cas comme dans l'autre, au moment de l'ouverture, la collection paraît isolée de la lésion d'origine. Il arrive même