

chez un sujet qui avait succombé avec des phénomènes d'asphyxie, toux rauque, violents accès de dyspnée, sueurs profuses, cornage violent, suffocation sans cyanose de la face. On ne trouva point de lésion de la moelle ni des poumons en rapport avec ces symptômes; mais il existait au-devant des trois premières vertèbres dorsales altérées un abcès qui entourait l'œsophage et la trachée, et on dut attribuer au refoulement des nerfs, et spécialement du pneumo-gastrique, les phénomènes observés. Ce sont là, il est vrai, des faits particuliers, qui ne sont qu'indirectement en rapport avec le mal vertébral. Cependant ils montrent quelle variété de désordres anatomiques et de troubles fonctionnels on peut rencontrer, et comment l'anatomie pathologique les explique simplement.

TROISIÈME LEÇON

SOMMAIRE

ÉTIOLOGIE. — Age, fréquence plus grande pendant la période de croissance. Hérédité : tuberculose externe ou viscérale chez les ascendants. Influence de la débilité du sujet et d'une mauvaise hygiène, de la coqueluche, de la rougeole, etc.

Le mal de Pott est primitif ou consécutif à d'autres manifestations tuberculeuses.

Le traumatisme est sans influence.

SYMPTOMES.

Physionomie générale. — *Début.* — Longue période latente des lésions. Douleur spontanée, locale ou irradiée; douleur provoquée par les pressions directes.

Diminution de la mobilité normale du rachis. Troubles de la marche. Quelquefois indolence absolue.

Début à forme nerveuse. — Il offre deux aspects : forme convulsive et forme névralgique avec une série d'accès de douleur.

Gibbosité. — Son apparition est lente; par exception elle est rapide ou même brusque. Caractères de la gibbosité : elle est postérieure et médiane, angulaire ou arrondie.

Attitude des malades. — Conscience du défaut de solidité du rachis. Paralyse et contracture. La paralysie motrice prédomine. Elle est bien décrite par Pott. Son début est lent, très rarement subit.

Contracture. — Contractions partielles, cloniques; contracture proprement dite; épilepsie spinale.

Troubles de la sensibilité.

Paralysie récurrente.

Troubles trophiques divers. — Arthralgie et arthrite.

Abcès froids. — Ce sont des tuberculomes. Formation, marche clinique et terminaisons de ces abcès.

Ordre de succession des trois symptômes principaux. — Gibbosité, paralysie, abcès. Leur fréquence, leurs rapports réciproques. L'inconstance de ces symptômes a été la base de diverses classifications du mal de Pott. La polyarthrite vertébrale n'est pas une espèce morbide distincte. Tuberculose superficielle des corps vertébraux ou carie des auteurs. Statistiques.

On doit établir pour l'étude régionale des symptômes du mal de Pott une division en rapport avec les divisions anatomiques de la moelle. Nous admettons quatre variétés :

1° *Mal sous-occipital ou bulbaire.* — Il sera décrit à part.

2° *Mal cervico-dorsal ou cervico-brachial.* — Il correspond à la moelle cervicale et au renflement cervical de la moelle; il est étendu de la troisième vertèbre cervicale à la troisième dorsale.

Début. — Contractures, névralgies cervico-brachiales.

Instabilité de la tête. — La paraplégie commence souvent par les membres supérieurs.

Troubles nerveux spéciaux. — Enrouement, dyspnée, troubles gastriques, palpitations, troubles oculo-pupillaires, crises épileptiformes.

Abcès symptomatiques.

3° *Mal dorso-lombaire.* — Il correspond à la moelle dorsale et au renflement lombaire; il est étendu de la troisième dorsale à la troisième lombaire. Variétés de gibbosité; variétés des troubles médullaires selon la hauteur de l'altération médullaire.

Troubles urinaires, troubles du côté du rectum.

Abcès symptomatiques.

4° *Mal lombo-sacré.* — Il correspond à la queue de cheval et comprend les altérations des vertèbres à partir de la troisième lombaire jusqu'au coccyx.

Sa symptomatologie est propre; ce sont des signes de névrite partielle ou étendue à une partie plus ou moins grande de la queue de cheval.

Diagnostic du mal de Pott. — Obscurité du début.

Diagnostic différentiel: mal de Pott cervical et rhumatisme des petites articulations vertébrales.

Certaines gibbosités du mal de Pott dorsal et dorso-lombaire ressemblent à la scoliose.

Difficulté de reconnaître l'origine des abcès symptomatiques dans certaines circonstances.

Mal de Pott et ostéomyélite vertébrale.

Marche et terminaisons. — Une fois produite, la gibbosité ne se corrige guère. — Marche de la paralysie, sa guérison même après contraction. — Guérison des abcès, par résorption, après ouverture.

Causes multiples de la mort.

De la guérison du mal de Pott. — Des rechutes plus ou moins tardives.

ÉTIOLOGIE

La tuberculose vertébrale atteint surtout les jeunes sujets; elle est commune dans l'enfance, surtout entre deux et dix ans; elle l'est un peu moins dans l'adolescence; on la rencontre assez fréquemment chez l'adulte; dans un âge avancé, elle devient exceptionnelle. Voici la répartition du mal de Pott selon l'âge, d'après un relevé de 180 cas fait à l'hôpital Trousseau et comprenant des sujets au-dessous de seize ans :

Au-dessous de deux ans, 14 cas, dont 2 à cinq mois, 1 à sept mois, 1 à dix mois, 1 à onze mois, 9 à un an; de deux à cinq ans, 91 cas, dont 13 à deux ans, 36 à trois ans, 22 à quatre ans, 20 à cinq ans; de cinq à dix ans, 59 cas; de dix à quinze ans, 16 cas.

D'après ce relevé, le maximum de fréquence correspond à la période qui s'étend de deux à cinq ans. Avant et après cet âge les cas deviennent de moins en moins nombreux.

Le mal de Pott occupe une place importante dans le chapitre de la tuberculose chirurgicale. Sur un relevé de 1,113 cas de tuberculose externe, j'ai trouvé 180 cas de mal de Pott, soit 16,17 pour 100; avant le mal de Pott se place la coxotuberculose, qui comprend 26,88 pour 100 des cas observés.

Si l'on envisage la région atteinte, le relevé précédent de 180 cas donne les résultats suivants :

Région cervicale, 21 cas : 2 à la région sous-occipitale, 16 à la région cervicale moyenne, 3 à la région cervicale inférieure exclusivement.

Région cervico-dorsale, 4 cas.

Région dorsale, 85 cas : 17 en haut, 52 à la partie moyenne, 16 en bas.

Région dorso-lombaire, 21 cas.

Région lombaire, 34 cas.

Région lombo-sacrée, 4 cas.

Dans 14 observations le siège n'est pas déterminé avec assez de précision.

Cette statistique montre que la région dorsale comprend à elle seule à peu près la moitié des cas; ensuite vient la région lombaire; les cas mixtes, intermédiaires au dos et aux lombes, sont eux-mêmes communs. C'est le mal cervical qui est le moins fréquent.

Cette statistique concorde avec celle de Taylor, qui comprend 364 cas, où les lésions sont ainsi localisées: région cervicale, 43 cas; région dorsale, 229 cas; région lombaire, 149 cas¹. De même celle de Bouvier et celle de Colas fournissent des résultats entièrement analogues.

Sur 101 cas, Bouvier en trouve 10 au cou, 53 au dos, 36 aux lombes; Colas, tenant compte des localisations intermédiaires à deux régions, répartit ainsi sa statistique:

Région occipito-cervicale.....	1 cas.
— cervicale.....	1 —
— cervico-dorsale.....	3 —
— dorsale.....	42 —
— dorso-lombaire.....	31 —
— lombaire.....	46 —
— lombo-sacrée.....	3 —
Lésions plus généralisées.....	4 —

C'est donc la région dorsale qui est le plus souvent atteinte, soit seule, soit avec les régions voisines, cervicale ou lombaire.

Parmi les conditions prédisposantes, l'une des plus importantes à rechercher est l'hérédité. Il ne nous appartient pas d'examiner ici quel est son mode d'action, de déterminer s'il y

1. *The Medical Record*, New-York, 1881, XX, p. 475. En additionnant ces trois nombres on trouve un total de 421 pour les 364 cas; cela tient à ce que deux régions sont prises et comptées dans un certain nombre de cas.

a transmission directe de l'élément infectieux des parents aux enfants, ou bien si la contagion se fait postérieurement à la naissance; toujours est-il qu'il est très fréquent de retrouver chez les parents, le père, la mère, les grands-parents, les frères, les sœurs, des manifestations tuberculeuses diverses, viscérales ou externes, phthisie pulmonaire, tuberculose ganglionnaire, osseuse, articulaire, etc. L'influence de l'hérédité de parents tuberculeux peut consister en une débilité native qui persiste et qui prédispose à la contagion ultérieure. Plus souvent les causes de débilité se trouvent dans la misère, dans une mauvaise alimentation, dans une habitation malsaine. Ces conditions hygiéniques défectueuses ne contribuent pas moins que l'hérédité à former la constitution lymphatique ou scrofuleuse, terrain favorable à l'éclosion du mal de Pott. Colas a retrouvé 7 fois sur 72 cas la coqueluche dans l'histoire pathologique des enfants qu'il observait, et quatre fois c'était le seul antécédent. Quelquefois aussi on peut invoquer une rougeole antérieure comme affection générale créant une prédisposition du même genre.

La plupart des auteurs, depuis Boyer, ont incriminé tout particulièrement la masturbation; c'est pour le moins une grande exagération. Car que peut-on attribuer à cette cause lorsqu'il s'agit de tout jeunes enfants de deux à quatre ans, chez lesquels cependant le mal de Pott est déjà commun. En outre, rien ne démontre qu'elle ait une action élective sur la colonne vertébrale, même dans les cas où elle pourrait être invoquée, et on peut se demander pourquoi il en a été question pour le mal de Pott plutôt que pour la tuberculose pulmonaire. En somme, je crois qu'il s'est créé sur ce point une légende sans grand fondement, et que souvent on a pris pour la cause de la maladie ce qui n'est que le résultat de l'oisiveté et de l'isolement dans lesquels les enfants se trouvent abandonnés.

La tuberculose vertébrale considérée au point de vue de sa pathogénie peut être distinguée en deux variétés: tuberculose vertébrale primitive et tuberculose vertébrale secondaire. La

tuberculose vertébrale est dite secondaire, lorsque le sujet qui en est atteint a déjà eu d'autres affections tuberculeuses. Ces lésions primitives doivent être cherchées avec soin ; car elles ont de l'importance aussi bien pour le pronostic que pour l'étiologie. Souvent on retrouve des cicatrices du cou ou des ganglions tuméfiés, ramollis, fistuleux, un spina-ventosa, une ostéite tuberculeuse, une tumeur blanche d'une petite ou d'une grande articulation, quelquefois de la hanche ; le sommet des poumons peut être suspect ou nettement atteint. Un certain nombre de malades portent déjà plusieurs de ces localisations tuberculeuses, et l'affection vertébrale, lorsqu'elle survient, ne fait qu'ajouter à la chaîne pathologique un nouvel anneau qui n'est pas toujours le dernier. Il n'est pas rare, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes sujets, de voir les viscères rester remarquablement indemnes malgré l'existence de plusieurs foyers de tuberculose externe. Il semble que chez eux les os et les articulations forment un terrain mieux disposé pour le développement des tubercules que les poumons et l'intestin. On appliquait autrefois à ces malades l'épithète de scrofuleux : c'était de la scrofule osseuse. Nous savons aujourd'hui qu'il s'agit d'un mode particulier de l'évolution tuberculeuse. La phtisie pulmonaire ne vient que trop souvent donner la démonstration clinique de l'unité de la maladie.

Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels il convient de citer les auteurs américains et surtout Sayre, ont admis l'influence du traumatisme. Il n'est pas rare, en effet, que le malade ou son entourage rapportent la gibbosité rachidienne à un accident ; mais cette interprétation ne supporte pas le contrôle. On ne peut, en effet, accorder aucune influence étiologique à un traumatisme qui a coïncidé avec l'apparition de la gibbosité, ou qui l'a précédée de quelques jours, puisque les foyers tuberculeux remontent toujours à une longue période antérieure, phase latente pendant des mois et même des années quelquefois, conduisant enfin à l'ulcération vertébrale d'où découle

la formation de la gibbosité. Le récit des malades, et surtout leur manière d'interpréter les faits, ne peuvent donc être admis, et, en réalité, le traumatisme n'est que la circonstance à propos de laquelle on a découvert la gibbosité. On a cité, il est vrai, des exemples très rares dans lesquels la gibbosité s'était produite dans une chute, et la suite des accidents a démontré qu'il s'agissait d'un mal de Pott et non d'une fracture ; mais il n'est pas douteux que cette gibbosité survenue à l'occasion d'un traumatisme était préparée par une lésion vertébrale plus ou moins ancienne restée inaperçue. Un foyer de contusion ne se transforme pas en foyer tuberculeux, au moins lorsque le sujet n'est pas tuberculeux à l'avance. En aucun cas le traumatisme ne peut engendrer directement le tubercule. Si le traumatisme atteint un sujet déjà tuberculeux, on peut admettre que le point contus devient un lieu préparé à l'éclosion du tubercule. Les expériences de Schüller, dans lesquelles une contusion articulaire est le point de départ d'une arthrite tuberculeuse sur des animaux rendus tuberculeux par inoculation, semblent justifier cette manière de voir. On ne saurait nier que, dans quelques faits rares, les choses ne se passent ainsi en clinique ; mais dans la généralité des cas, lorsqu'on recherche les causes du mal de Pott, on ne trouve aucun traumatisme ; ou bien s'il est survenu un accident, il n'est d'aucune importance, parce qu'il est par lui-même insignifiant, ou parce qu'il n'a pas coïncidé avec l'origine des lésions vertébrales.

SYMPTOMES

L'étude clinique du mal de Pott comprend un ensemble de signes qui se rapportent les uns directement aux déformations