

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

du rachis, d'autres aux altérations secondaires de la moelle et des nerfs, d'autres enfin aux abcès migrateurs. Après avoir montré la physionomie générale de la maladie, nous examinerons les particularités qu'elle présente selon les différentes régions du rachis.

PHYSIONOMIE GÉNÉRALE

*Début.* — Le début du mal est latent, sa date est impossible à fixer. Un noyau tuberculeux apparaît et grandit dans l'épaisseur d'un corps vertébral sans occasionner aucun trouble sensible; aucun signe n'en révèle l'existence. Cette indolence peut certainement durer longtemps, des mois et même des années, puisque dans certains cas la solidité du rachis est compromise avant que l'on ait pu reconnaître ou même soupçonner l'existence du mal : la gibbosité est alors le premier symptôme; d'autres fois c'est la paralysie. Certaines autopsies ont donné la preuve directe de ce début obscur; j'ai aussi trouvé quelquefois, sur des sujets qui avaient succombé à d'autres accidents, un foyer tuberculeux vertébral, avec un abcès froid plus ou moins volumineux, alors qu'aucun trouble n'avait fait penser au mal de Pott pendant la vie.

Ordinairement, les premiers symptômes qui attirent l'attention sont des troubles de la sensibilité, des douleurs de sièges et de caractères variés. On doit distinguer les douleurs initiales spontanées et celles qui sont provoquées par l'examen. Les premières sont exceptionnellement rapportées à la région vertébrale atteinte. Ce sont en général des douleurs irradiées suivant le trajet d'un cordon nerveux du cou, du thorax ou de l'abdomen, du membre supérieur ou de l'inférieur. Elles consistent en une sensation de pesanteur, de constriction, de brûlure, en un point douloureux, en élancements, etc. Parmi ces irradiations, l'une des plus fréquentes et surtout des plus caractéristiques est la douleur en ceinture, « comparée, dit Néla-

ton, à la sensation douloureuse que produirait un coup de fouet entourant la base de la poitrine ou l'abdomen ». D'autres fois le malade se plaint d'avoir la poitrine serrée comme dans un étai; la dilatation du thorax se fait avec peine, avec effort, ou bien un point névralgique occupe un espace intercostal sur un côté ou sur les deux. Lorsque la douleur siège sur les membres inférieurs, elle affecte parfois la forme d'une sciatique double, soit qu'elle se montre dès le début sur les deux côtés, soit que, primitivement unilatérale, elle gagne ensuite le membre du côté opposé, quelques semaines ou quelques mois plus tard. Dans la douleur en ceinture, dans la sciatique double, la bilatéralité devient un signe précieux à relever. Il n'est pas pathognomonique, puisqu'il se retrouve dans l'ataxie locomotrice et dans les compressions médullaires de cause quelconque, mais il indique l'existence d'une lésion de la moelle.

Les irradiations douloureuses sur le membre inférieur, au lieu de se faire en arrière sur le sciatique, peuvent d'autres fois suivre en avant la direction du nerf crural; des troubles analogues se rencontrent aux membres supérieurs; leur signification est la même. Mais les phénomènes douloureux du début sont souvent beaucoup moins caractéristiques : ils consistent, par exemple, en une brûlure, une piqûre, une pesanteur, des douleurs erratiques et fugaces à l'épigastre, autour de l'ombilic; en un point névralgique localisé au niveau de la masse sacro-lombaire, d'un espace intercostal, de l'angle postérieur des côtes; leur valeur diagnostique est moindre dans ce cas; on est porté à les rapporter à un rhumatisme musculaire, à un lumbago vulgaire, *a frigore*, ou bien on en fait volontiers un trouble réflexe lié à quelque affection viscérale de l'estomac ou de l'utérus. La persistance du symptôme et ses retours successifs doivent cependant éveiller le soupçon et l'explication qui manque doit être cherchée du côté du rachis. A la période de gibbosité et de paralysie, les phénomènes névralgiques disparaissent dans la plupart des cas. Leur apparition précoce est

attribuable à des lésions des nerfs périphériques plutôt qu'à une altération de la moelle elle-même. Les nerfs ou leurs racines se trouvent au niveau des trous de conjugaison ou plus loin de chaque côté du rachis, en contact avec la périphérie du foyer tuberculeux, dès que celui-ci commence à envahir les parties molles. De là une névrite localisée qui a pour conséquence des sensations douloureuses extérieures, c'est-à-dire transportées aux extrémités terminales des nerfs atteints. Plus rarement, elle se traduit par des troubles de nutrition des tissus, surtout des muscles et de la peau, comme des éruptions diverses, un zona, un état squameux de l'épiderme. Ces dystrophies sur lesquelles nous aurons à revenir, sont plus communes à une période avancée de la maladie.

Les auteurs ont essayé d'établir une distinction entre les pseudo-névralgies par compression des troncs nerveux, et les névralgies de toute autre origine, dues à l'impression du froid, au rhumatisme, à un trouble sympathique ou réflexe. On a dit que dans les pseudo-névralgies, les manifestations douloureuses étaient entièrement subjectives, que la pression ne retrouvait pas les points névralgiques habituels. Si ce caractère différentiel est réel dans un certain nombre de cas, lorsque, par exemple, il s'agit du sentiment de constriction autour du thorax qu'accusent quelques malades, au contraire on ne le retrouve plus lorsque ce sont des douleurs névralgiques qui se produisent. Alors, en effet, il existe sur certains points des zones d'hyperesthésie cutanée sur lesquelles la moindre pression détermine une vive douleur. Les troncs nerveux eux-mêmes, le sciatique surtout, sont également sensibles à une pression plus profonde sur différents points de leur trajet. Aussi la confusion est-elle fréquente entre la pseudo-névralgie par névrite ou par compression nerveuse et la névralgie proprement dite; elle est faite à chaque instant dans la pratique.

Mais à côté des troubles névralgiques, on observe assez souvent d'autres sensations anormales périphériques qui semblent

plutôt liées à la compression de la moelle elle-même; tels sont les picotements, les fourmillements, les crampes, les sensations de froid éprouvées vers les extrémités des membres, aux mains et aux pieds; telles sont les douleurs qui parcourent subitement le trajet des nerfs comme une étincelle électrique, et qui rappellent les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice. Tous ces phénomènes qui accompagnent assez fréquemment la paralysie, la précèdent aussi quelquefois, soit isolément, soit concurremment avec les troubles névralgiques.

Dès que l'attention est éveillée par l'un des signes précédents, il est indispensable d'explorer le rachis d'après la méthode directe. On doit rechercher la sensibilité de chaque vertèbre dans les régions présumées atteintes, par des pressions exercées avec discernement; puis on examine les mouvements du rachis. Le malade est déshabillé et placé debout, le dos tourné vers le chirurgien. Même au début, alors qu'à une inspection attentive il n'existe encore aucune trace d'irrégularité dans la direction du rachis, et que la série des apophyses épineuses ne forme aucune saillie anormale, on doit interroger la sensibilité vertébrale point par point. Quelquefois le sujet indique lui-même la région à explorer, mais dans un grand nombre de cas il n'en est pas ainsi. Quoi qu'il en soit, en exerçant avec le doigt une pression profonde sur les apophyses épineuses l'une après l'autre, sur les gouttières vertébrales, sur les apophyses transverses, on découvre qu'une, deux ou trois d'entre elles sont anormalement sensibles. Cette compression doit être faite avec une certaine force et d'une manière douce et graduée: on doit la répéter plusieurs fois pour éviter toute méprise sur l'origine et le caractère de la douleur. Chez les jeunes enfants qui ne rendent pas compte des douleurs spontanées, la douleur provoquée par la pression, accompagnée de cris, d'efforts de résistance, de contraction faciale, est un moyen d'investigation des plus précieux. Si, en effet, on retrouve une sensation douloureuse

constamment en un point donné, la certitude est à peu près acquise qu'il y a là un état pathologique. La même notion se confirme par la percussion pratiquée suivant un procédé analogue ; celle-ci réveille aussi une douleur profonde.

Quelques auteurs ont prétendu découvrir la région malade du rachis par d'autres procédés. En promenant au contact de la peau qui recouvre les apophyses épineuses une éponge imbibée d'eau tiède, en plongeant le malade dans un bain chaud, on provoquerait une exagération significative de la douleur vertébrale. Nélaton avait déjà promené l'éponge à la surface de la colonne dans des cas de gibbosité apparente, sans éveiller aucune douleur particulière ; à plus forte raison, le moyen est-il pour le moins infidèle à une époque moins avancée.

L'étude attentive de la souplesse du rachis, de la mobilité des vertèbres, peut, au contraire, donner des indications importantes. Lorsque le tronc s'infléchit en avant et se redresse, lorsque ces mouvements opposés sont portés à leur maximum, on voit les courbures normales du rachis se modifier régulièrement surtout au cou et aux lombes ; les concavités s'effacent, se transforment même en courbures inverses, et si, pendant que le malade effectue ces mouvements, on applique les doigts sur les apophyses épineuses, on sent facilement un certain degré de mobilité entre les vertèbres d'une région. De plus, le patient n'en éprouve aucune gêne. Au début du mal de Pott, avant toute difformité, l'examen des mouvements fait voir sur la région malade une certaine rigidité anormale. Les apophyses épineuses de cette région semblent fixées l'une au-dessus de l'autre ; les mouvements de flexion et d'extension manquent de souplesse. Souvent aussi ils deviennent douloureux à leur degré extrême. Je me contente, pour faire cette exploration, de mettre le malade debout devant moi et de lui faire exécuter successivement tous les mouvements normaux du tronc d'avant en arrière et latéralement. C'est, je crois, la meilleure attitude

de recherche. Sayre<sup>1</sup> conseille un autre moyen d'étudier les mouvements du rachis chez les jeunes enfants. Se tenant lui-même assis, il place le jeune malade couché en travers sur ses genoux, la face tournée vers le sol, les bras pendant d'un côté et les membres inférieurs de l'autre. Ensuite il écarte et rapproche successivement les cuisses, tandis qu'avec les mains il exerce des pressions sur les différentes régions de la colonne vertébrale ; puis il fléchit et redresse alternativement le tronc. Par ce moyen, Sayre se rend compte du degré de mobilité des vertèbres, en même temps qu'il explore la sensibilité. A part les cas où il s'agit de jeunes enfants qui ne se prêtent pas d'eux-mêmes à l'examen, il est préférable que le malade exécute lui-même et volontairement tous les mouvements dont on veut apprécier l'étendue.

On a aussi conseillé de presser sur les épaules du malade, de lui faire supporter un poids, de le faire sauter : tous ces moyens de réveiller la douleur rachidienne sont beaucoup moins fidèles que la pression méthodique ; ils n'ont qu'une valeur tout à fait secondaire.

La rigidité particulière de la région malade est liée à la *contracture* des masses musculaires qui occupent les gouttières vertébrales. A la vue, on aperçoit assez souvent une saillie anormale de chaque côté de la ligne médiane, ou d'un côté seulement. La palpation montre que la consistance des tissus est plus ferme à ce niveau, que l'épaisseur de la couche musculaire est légèrement augmentée, que la surface de la peau se laisse moins facilement déprimer. Certains sujets rendent indirectement compte de cette contracture. Ils accusent une certaine gêne dans les mouvements du cou ou des reins, et cette gêne est une cause de fatigue pendant la marche.

On doit encore tenir compte, au début, de certains *troubles fonctionnels*, peu caractéristiques en eux-mêmes, mais d'une

1. Sayre, *Spinal disease and spinal curvature*, London, 1877.

certaine importance lorsqu'ils coïncident avec quelques-uns des symptômes précédents. Le malade devient paresseux, il garde le repos plus volontiers que d'habitude ; une marche un peu prolongée le fatigue, alors qu'auparavant il en supportait de plus longues sans aucun inconvénient. Parfois on observe encore de la dysphagie, des vomissements, une constipation opiniâtre, des troubles urinaires, de la toux, et cela dans les premiers temps de l'affection.

On se ferait d'ailleurs illusion en croyant qu'il est toujours possible de reconnaître la lésion vertébrale à son début. L'indolence peut être absolue, et les signes subjectifs presque nuls ; les premiers symptômes traduisant déjà des altérations avancées sont les abcès par congestion et même une gibbosité. Toutefois c'est là un fait des plus exceptionnels ; et si le diagnostic reste ignoré jusqu'alors, c'est qu'on a négligé l'examen du rachis, vers lequel l'attention n'a pas été appelée antérieurement à la gibbosité ou à l'abcès.

#### FORME NÉVRALGIQUE ET CONVULSIVE DU MAL DE POTT

Le début du mal de Pott peut encore se présenter d'une manière particulièrement insidieuse et tout à fait anormale. Les premiers symptômes consistent, tantôt dans des crises convulsives épileptiformes, tantôt dans une série d'accès de violente douleur. Voici en résumé quelques-uns de ces faits ; ils ont trait à des maux de Pott dorsaux ou dorso-lombaires. Un enfant de huit ans, bien portant jusque-là, eut, il y a trois ans, à la suite d'une indisposition légère dont il était déjà remis, une crise épileptiforme extrêmement violente que rien n'avait fait prévoir. Il fut trouvé le matin, dans son lit, sans connaissance, en proie à des convulsions cloniques des membres et de la face du côté droit. Cette attaque ne dura pas moins de sept heures, puis l'enfant revint à l'état normal. Un peu plus tard, il éprouva des douleurs siégeant dans le côté droit du thorax, et revenant par séries

d'accès réguliers ; puis survint une pleurésie de nature suspecte, à marche lente : elle fut qualifiée tuberculeuse par le médecin traitant. Enfin deux ans après la première, il y eut une nouvelle attaque épileptiforme analogue, mais moins forte ; les contractures furent générales et durèrent seulement quelques minutes. Or le mal de Pott avait été reconnu quelque temps seulement avant cette dernière crise par l'apparition d'une gibbosité angulaire dorsale. (V. obs. XXIX, p. 389.) Chez un autre sujet, une crise de convulsions cloniques généralisées survint aussi, mais ce fut après l'apparition des signes caractéristiques d'un mal vertébral dorsal. Ici l'attaque convulsive pouvait s'expliquer par l'existence d'altérations médullaires agissant sur le bulbe. (V. obs. XXXI, p. 394.) Nous sommes conduit à penser que dans le premier fait il y avait eu une atteinte du côté des méninges et de la moelle, près de deux ans avant l'apparition des signes caractéristiques du mal vertébral ; une altération osseuse primitive occupant la face postérieure des corps vertébraux de manière à irriter les méninges ou la moelle pourrait peut-être rendre compte des troubles observés. Nous pourrions citer encore deux autres cas semblables au premier.

D'autres fois, ce ne sont plus des crises convulsives qui se produisent, mais des accès douloureux revenant par intermittences et localisés sur la région du rachis ou dans son voisinage. Un enfant, jusque-là en bonne santé, éprouva en 1883 des crises douloureuses dans la région dorso-lombaire, pendant une quinzaine de jours. Ces crises revenaient tous les soirs à la même heure, lorsque le malade était couché, et duraient quelques heures. Des séries d'accès analogues se renouvelèrent à plusieurs reprises pendant plus d'un an, jusqu'au moment où le médecin, après un certain nombre d'examen de la partie douloureuse du rachis, put reconnaître une très légère difformité et les premiers troubles fonctionnels du mal de Pott. La forme insolite des symptômes avait auparavant fait penser à tout autre chose, à des coliques néphrétiques, à des vers intestinaux, etc.