

l'ouverture des abcès ; rien ne l'annonce, elle n'est en rapport avec aucun autre symptôme. Un malade qui semblait aller bien, qui ne souffrait pas, est pris pendant la marche, moins souvent pendant une période de repos complet, d'une douleur au genou ; il ressent spontanément, en dehors de tout attouchement et de tout mouvement volontaire ou communiqué, des battements, des élancements, une piqûre, une brûlure, un sentiment de constriction autour de l'articulation ; le sommeil en est quelquefois troublé. Chez une fillette de douze ans, atteinte de gibbosité cervico-dorsale, sans abcès apparent, mais avec paralysie incomplète des membres inférieurs, il survint un jour une douleur d'une acuité des plus vives dans les deux genoux. Ces articulations étaient intactes ; on n'y constatait ni chaleur ni gonflement, et le toucher n'y déterminait aucune sensation douloureuse ; il n'y avait pas d'hyperesthésie. Les douleurs spontanées durèrent environ six semaines chez cette jeune fille. D'habitude l'arthralgie est beaucoup plus légère ; elle apparaît sous forme de crises qui durent quelques heures dans la journée pour cesser ensuite. Dans d'autres cas, on ne trouve qu'un point douloureux péri-articulaire sans rapport avec une branche nerveuse d'une certaine importance. Ailleurs même, ce n'est qu'une hyperesthésie limitée d'une durée variable, mais d'habitude peu longue, quinze jours ou trois semaines tout au plus.

L'*arthrite* proprement dite se révèle en général par la constatation d'un épanchement que rien jusqu'alors ne faisait prévoir. Le sujet ne se plaint guère de souffrir, et son état général n'est pas atteint. L'épanchement synovial, en tous points comparable à celui des hyarthroses, est plus ou moins abondant, d'habitude médiocre, sans grande tension articulaire. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il s'accompagne de chaleur, d'une légère rougeur et d'un empâtement des parties molles. Sur un enfant atteint de gibbosité dorsale, il se déclara, au troisième mois, une arthrite tibio-tarsienne avec un certain degré de gonflement inflammatoire, de rougeur et de sensibilité à la

pression ; cette complication dura sept semaines. Dans un mal de Pott cervical, j'ai vu se développer sur le dos du poignet droit d'un enfant de cinq ans, dans la gaine des extenseurs, un empâtement qui m'a paru nettement isolé et sans atteinte articulaire. La gibbosité occupait la troisième et la quatrième vertèbres cervicales.

Ces arthrites d'ordre trophique ont en général une durée éphémère ; quinze jours ou trois semaines d'habitude suffisent pour qu'on assiste à la résorption de l'épanchement. Elles sont apyrétiques, et on n'y rencontre que par exception de la douleur, de la chaleur, etc.

L'occasion d'en faire l'examen anatomique ne se produit presque jamais. J'en ai cependant vu un cas dont voici la relation. Une fillette du service de mon collègue d'alors, le docteur Triboulet, ayant succombé à un mal de Pott dorsal suppuré, présentait une attitude fléchie des hanches qui avait attiré l'attention dans les derniers temps de sa vie et que le docteur Triboulet ne s'expliquait guère. J'en fis l'autopsie avec mon collègue, et nous constatâmes des altérations pour ainsi dire égales dans les deux jointures coxo-fémorales. La capsule était de chaque côté distendue par un épanchement séreux assez abondant ; le ligament rond notablement relâché permettait la sortie de la tête avec une facilité exceptionnelle. La tête du fémur était pourtant recouverte par son cartilage, qui avait conservé ses qualités physiques, sauf en un point, vers le centre, où il paraissait moins épais. La synoviale présentait à peine une légère injection diffuse dans les culs-de-sac ; la capsule était amincie. Il n'existait aucune déformation des cotyles.

#### ABCÈS TUBERCULEUX

Après la gibbosité qui traduit extérieurement les altérations osseuses, après les troubles nerveux si variés déterminés par les lésions des nerfs et de la moelle, on voit souvent apparaître

à l'extérieur une expansion du foyer tuberculeux sous la forme d'abcès froid migrateur. L'abcès froid doit, en effet, être considéré comme un simple prolongement de la lésion tuberculeuse des vertèbres. Le nom de *tuberculome* lui conviendrait mieux que celui d'abcès : car ce terme significatif mettrait à l'abri de cette erreur invétérée qui consiste à rapprocher l'abcès tuberculeux des abcès d'une autre origine : abcès du phlegmon, de la lymphangite, de l'adénite chancreuse, de l'infection purulente, etc. Il n'y a pas plus de parenté entre le tuberculome et l'abcès phlegmoneux qu'entre la gomme syphilitique ulcérée et l'ulcère variqueux. L'origine, le mode de développement et de progression, le pronostic et le traitement diffèrent dans un cas et dans l'autre. Cette distinction absolue, que nous avons basée d'abord sur l'anatomie pathologique, avait sans doute frappé Le Dran qui refusait aux abcès froids le nom d'abcès, et qui les appelait intentionnellement des *collections de pus*<sup>1</sup>. Il n'est certainement pas inutile de mettre dans les termes la distinction existant dans les choses; mais si, pour éviter un mot nouveau, nous conservons le nom d'abcès froid que l'usage a consacré, ou encore celui d'abcès tuberculeux que nous avons introduit, au moins insisterons-nous sur ce point essentiel qu'il s'agit, non point d'un abcès ayant quelque rapport avec d'autres collections d'aspect analogue, mais bien d'une expansion, d'un prolongement du foyer tuberculeux; le contenu ne doit être considéré que comme un produit secondaire variable selon les cas, et la partie essentielle de la lésion est la paroi limitante ou tuberculogène toujours en évolution par sa surface externe, pour subvenir au développement excentrique de l'abcès.

Quelle que soit l'origine des abcès tuberculeux, qu'ils naissent du foyer osseux qui a déterminé la rupture du rachis ou d'une autre région vertébrale, qu'ils proviennent de fongosités

1. H. F. Le Dran, *Observations de chirurgie*, etc., 1731, t. II, p. 401 et p. 417.

développées dans le voisinage ou bien même de ganglions spécifiquement dégénérés, leur marche clinique est analogue dans tous les cas; la variété la plus fréquente de beaucoup, celle qui se rencontre généralement, est l'abcès ossifluent. Le tuberculome ne franchit pas toujours la région de son point de départ; il reste sessile, et si, dans ce cas, il se trouve placé dans le thorax ou l'abdomen, son existence demeure ignorée pendant la vie; il guérit, en effet, fréquemment sans avoir donné lieu à aucun symptôme. Ce n'est que dans les cas où il acquiert un volume considérable qu'on trouve à son niveau les signes d'une tumeur, voussure thoracique avec zone de matité correspondante, tumeur fluctuante et mate dans l'abdomen; il peut alors s'ouvrir dans une cavité viscérale, dans les bronches, dans l'estomac, dans l'intestin ou dans la vessie.

Habituellement l'abcès émigre au loin et vient apparaître superficiellement à une distance plus ou moins grande du lieu de son origine. Son trajet, étroit en certains points, se dilate en d'autres en formant de vastes collections, surtout au niveau des obstacles qui s'opposent à son développement, au-dessus du diaphragme, dans la fosse iliaque interne, etc. Nous examinerons plus tard en détail les principales variétés qu'il présente selon les sièges qu'il occupe.

La formation des abcès symptomatiques ne s'annonce par aucune douleur dans la région correspondante. Il n'est pas rare qu'une tuméfaction à peine sensible au toucher, ou même tout à fait indolente, attire seulement l'attention par son volume et qu'on la rencontre accidentellement en examinant un malade soupçonné de mal de Pott ou déjà porteur d'un mal de Pott reconnu. Les caractères des abcès tuberculeux sont ceux d'une collection liquide non douloureuse. S'ils occupent une région profonde, dans le thorax, sur les côtés de la colonne lombaire, dans le petit bassin, leur recherche exige certains procédés; lorsque, au contraire, ils sont superficiels, 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. A ce moment, la membrane tuberculeuse a envahi les téguments eux-mêmes; la collection liquide les distend, et ils ne tardent pas à s'ulcérer spontanément si l'on n'intervient pas. Lorsque le trajet de la migration est long, s'étendant, par exemple, depuis la colonne dorsale jusqu'au pli de l'aîne, il se forme souvent sur son parcours plusieurs dilatations successives, dans le thorax, dans la fosse iliaque, dans le bassin, à l'extérieur enfin, en avant ou en arrière de la cuisse.

La marche des abcès tuberculeux est ordinairement progressive. La tumeur s'avance peu à peu, augmentant de volume, et, arrivée sous la peau, elle finit par s'ouvrir. Mais cette évolution n'est nullement fatale, on peut le prévoir, car selon que la paroi tuberculeuse contient des éléments en voie de prolifération ou qu'elle s'atrophie et devient stérile, l'abcès augmente ou reste stationnaire. Un malade peut ainsi conserver pendant de longs mois une collection qui ne change ni de volume ni de tension. Sous certaines conditions, le mal peut rétrograder, la paroi cesse d'être envahissante, le contenu se résorbe lentement, et on voit des abcès volumineux guérir ainsi complètement sans ouverture. Ces cas heureux sont moins exceptionnels qu'on ne le pense généralement. Cependant l'abcès tuberculeux qui a pris un volume considérable tend d'habitude à s'ouvrir, soit à l'extérieur, soit dans une cavité viscérale, selon la région, selon le siège de l'abcès.

Dès que la cavité se trouve en communication avec l'extérieur, de nouveaux phénomènes interviennent, des fermentations se produisent et occasionnent une complication grave, la septicémie aiguë ou chronique. Lorsque l'ouverture est étroite et ne correspond pas aux parties déclives, la poche se vide mal;

les liquides retenus, surtout les graisses, sont livrés à la fermentation putride, et exposent plus particulièrement les malades aux accidents septiques. De nouveaux trajets se forment et aboutissent à plusieurs orifices fistuleux. Le même abcès tuberculeux peut ainsi s'ouvrir à la fois à l'extérieur et dans une cavité viscérale. Il y a, à cet égard, des variétés infinies, selon les cas et surtout selon la région.

Si, au contraire, les liquides s'écoulent librement, le trajet se rétrécit, les dilatations qui se trouvaient sur certains points de son parcours reviennent sur elles-mêmes. Dès lors le foyer d'origine n'est plus en communication avec l'extérieur que par un mince canal. Cependant ce canal persiste la plupart du temps, et a peu de tendance à se cicatriser. On peut se demander quelle est la cause qui entretient cet état fistuleux. D'une manière générale, les dispositions qui empêchent les trajets fistuleux de se fermer se rapportent soit au trajet, soit aux liquides qui le traversent. Tantôt le canal est tapissé par un épithélium et sa paroi a les caractères d'une muqueuse : telles sont les fistules congénitales du cou, et certaines fistules cutanées intestinales : deux surfaces épithéliales adossées n'ont aucune tendance à se réunir ; tantôt un écoulement continu de liquide entretient en quelque sorte une voie d'échappement : c'est ce qui arrive dans les fistules urinaires d'origine vésicale, urétrale ou urétérale ; tantôt une sécrétion anormale purulente ou séreuse joue le même rôle : on le voit dans les faits où un corps étranger séjourne dans les tissus, que ce soit un projectile, un calcul ou un séquestre. On a dit que, dans le mal de Pott, les trajets fistuleux étaient entretenus par la suppuration provenant du foyer d'origine. Ce serait reculer la question, si le fait était toujours vrai : car alors il y aurait à expliquer non seulement pourquoi les foyers osseux ne guérissent pas, mais aussi pourquoi ils vont s'agrandissant, alors que, pendant longtemps, aucun travail de réparation ne se produit. Ce n'est pas non plus parce qu'un séquestre vertébral entretient la suppuration,

attendu que l'existence de ce séquestre n'est rien moins que constante. Les causes qui s'opposent à la cicatrisation des trajets sont multiples : en premier lieu, le foyer vertébral dans quelques cas ; dans d'autres la paroi du trajet elle-même avec son élément spécifique qui s'entretient et même progresse dans les tissus adjacents. On a la démonstration clinique aussi bien qu'anatomique de ce dernier fait, lorsque des fongosités s'amassent sous la peau autour des ouvertures, lorsque de vastes décollements se forment, sans qu'on puisse les expliquer autrement que par l'envahissement tuberculeux de proche en proche ; lorsque, à l'autopsie, on constate que ces trajets interminables ont cessé d'être en communication avec les lésions osseuses et ont néanmoins persisté pendant longtemps.

ORDRE D'APPARITION DES SYMPTOMES PRINCIPAUX ;  
LEUR FRÉQUENCE

La gibbosité, la paralysie et l'abcès froid constituent une triade de symptômes donnant la vraie physionomie du mal vertébral. Mais le tableau n'est pas toujours aussi fidèle ; ces symptômes ne se succédant pas dans le même ordre, étant inconsistants même, il varie étrangement.

Le plus souvent, après les douleurs initiales, c'est la gibbosité qui se montre en premier lieu ; la paralysie et les accidents qui la compliquent surviennent un peu plus tard, lorsque la déformation est déjà apparente ; enfin les abcès froids viennent dans une période plus ou moins avancée, jamais avant les quatre ou cinq premiers mois. Telle est la forme clinique la plus commune. Mais cet ordre peut être interverti. Un abcès se montre sans avoir été précédé par aucun autre symptôme important. On peut ne trouver qu'un symptôme à lui seul caractéristique, la gibbosité, car l'abcès froid peut provenir d'une autre origine ; en tout cas il est fort rare que la paralysie se présente comme symptôme isolé.

L'inconstance des symptômes principaux et leurs caractères insolites ont servi autrefois à créer des variétés et des espèces dans le mal vertébral. La division de Boyer en carie superficielle et carie profonde n'avait pas d'autre base. Dans la carie superficielle, il n'y avait pas de gibbosité. Ripoll et plus tard Broca, pour établir une distinction entre le mal vertébral osseux et l'arthrite ou polyarthrite vertébrale, s'étaient appuyés sur des observations purement cliniques. Sans apporter à l'appui de son opinion aucun document anatomo-pathologique, Ripoll admet qu'il existe une forme de mal vertébral débutant par une altération des fibro-cartilages intervertébraux, et aboutissant à une lésion qui ressemble au fungus articulaire ; s'il survient une ostéite, elle est secondaire et tardive. Cliniquement, cette prétendue forme de mal de Pott se caractériserait par « l'absence d'abcès dans la majorité des cas, et lorsqu'ils apparaissent, ce n'est que par exception, et alors au bout d'un temps très long, lorsque l'arthrite a déterminé une ostéite ; la guérison serait presque constante ». Nous avons déjà insisté longuement sur ce point que les lésions fongueuses des fibro-cartilages, primitives, antérieures aux lésions osseuses, ne sont démontrées par aucune observation. En ce qui concerne la guérison fréquente du mal de Pott sans abcès, il est évident que cette absence de suppuration est une des conditions les meilleures pour obtenir une bonne solution, et que ce sont en effet les foyers exclusivement osseux qui aboutissent le plus aisément à cette heureuse terminaison. Enfin il suffit que l'abcès froid apparaisse pour qu'on puisse affirmer la nature tuberculeuse de l'affection. Quant au dernier signe donné comme caractère propre de l'arthrite, une gibbosité à grande courbure, il a été établi précédemment qu'il était lié aux altérations osseuses superficielles multiples, avec lésion des disques, et quelquefois même à un mal de Pott ordinaire.

Broca n'admettait pas l'unité du mal de Pott, et, dans un tableau remarquable, il s'est attaché à opposer l'une à l'autre

deux formes cliniques : la première inflammatoire, la carie ; la seconde tuberculeuse.

L'affection tuberculeuse des vertèbres frappe surtout l'enfance ; elle se localise de préférence dans les régions cervicale et dorsale ; la gibbosité, à peu près constante, prend une forme anguleuse et comprend plusieurs vertèbres ; la paralysie y est fréquente et précoce, quelquefois primitive ; l'abcès froid, au contraire, manque souvent. La carie se rencontre plutôt chez l'adulte et siège à la région lombaire ; elle n'entraîne d'autre difformité que la saillie d'une ou deux apophyses épineuses ; la paralysie, extrêmement rare, ne se manifeste d'ailleurs qu'à une époque très avancée. Par contre, l'abcès est aussi constant dans la carie que la gibbosité dans l'affection tuberculeuse. En outre, l'abcès de la carie précède la gibbosité et ne se résorbe pas ; dans l'affection tuberculeuse, au contraire, l'abcès est inconstant, n'apparaît qu'après la gibbosité et guérit souvent par résorption. Enfin l'affection tuberculeuse est beaucoup moins grave que la carie, elle guérit souvent sans abcès ; la carie abandonnée à elle-même est presque inévitablement mortelle<sup>1</sup>.

Broca s'était proposé pour but, en créant cette opposition, de combattre l'opinion de la spécificité et de l'unité du mal de Pott ; nous avons fait voir que la carie du mal de Pott est bien une lésion de nature tuberculeuse. Mais en laissant de côté toute préoccupation anatomo-pathologique pour ne considérer que le point de vue clinique exclusif, il était utile de rappeler cet exposé mémorable, parce qu'il répond à des individualités morbides parfaitement vraies. D'une part, un certain nombre de cas de mal de Pott avec gibbosité cervicale ou dorsale, avec paralysie, sont suivis de guérison sans qu'aucun abcès froid paraisse extérieurement ; et d'autre part on voit succomber surtout les adultes atteints de mal de Pott lombaire sans gibbosité

<sup>1</sup> Broca, *Des différences qui existent entre les principales espèces de mal vertébral* : Bull. de la Soc. de chirurgie, 1857-1858, p. 421.

ni paralysie. La mort est alors amenée par la suppuration et les accidents septiques qui suivent l'ouverture des abcès froids. Mais, à part ces faits isolés, la symptomatologie du mal ver-



FIG. 23.

tébral n'admet pas cette distinction en deux types aussi catégoriquement opposés.

La gibbosité peut manquer au cou et même au dos, et la thérapeutique doit tendre à en éviter l'apparition ; de plus elle n'est pas aussi rare que l'indique Broca à la région lombaire. Il n'y

a pas non plus à faire une distinction, quant à la marche et à la gravité, entre les abcès dépendant du foyer osseux profond d'une coupure vertébrale, et les abcès liés à une altération superficielle. Les uns et les autres sont de même nature, c'est-à-dire tuberculeux dans un cas comme dans l'autre; la gravité est en rapport, non avec le siège initial, mais avec le volume de l'abcès et aussi avec l'âge du sujet. Elle est moindre chez l'enfant que chez l'adulte. Quant à la paralysie, sa pathogénie explique suffisamment pourquoi elle est plus rare dans les cas de lésions superficielles des corps vertébraux que dans les coupures du rachis, qui intéressent presque nécessairement le canal rachidien. En un mot, la clinique elle-même n'autorise pas à créer deux entités distinctes par leur nature; mais elle fait reconnaître qu'il existe des variétés prenant une physionomie propre suivant le siège, l'étendue et la profondeur des altérations. C'est pour cela que nous avons tenu à rappeler le magistral tableau des types présentés par Broca.

Une statistique de Bouvier, fondée sur un relevé de nombreux cas, donne, sur ce même point particulier, des éléments importants.

A. — Considérons d'abord la *gibbosité*: Bouvier recherche l'influence de l'âge et celle du siège.

A l'égard de l'âge, on trouve sur un ensemble de 101 cas :

40 cas chez l'enfant.....	{	34 fois avec gibbosité,
		6 fois sans gibbosité;
61 cas chez l'adulte.....	{	34 fois avec gibbosité,
		27 fois sans gibbosité.

Pour le siège, les résultats sont aussi importants.

Sur 101 cas, on trouve :

10 cas à la région cervicale...	{	3 cas avec gibbosité,
		7 cas sans gibbosité;

55 cas à la région dorsale....	{	45 cas avec gibbosité,
		10 cas sans gibbosité;
36 cas à la région lombaire...	{	20 cas avec gibbosité,
		16 cas sans gibbosité.

En résumé, la gibbosité est presque constante chez l'enfant, elle manque à peine dans un septième des cas; à l'âge adulte elle n'existe pas dans plus des deux cinquièmes des cas.

Quant au siège, la gibbosité manque au cou dans les deux tiers des cas; au dos, dans le cinquième des cas; à la région lombaire, presque dans la moitié des cas; autrement dit, gibbosité très fréquente, presque constante au dos; très inconstante aux lombes et surtout au cou.

B. — Voici, en second lieu, les résultats de Bouvier en ce qui concerne la *paralysie*.

Sur un ensemble de 97 cas, où l'autopsie a été faite :

47, dans lesquels la lésion était superficielle, présentent 3 fois de la paralysie;

80, dans lesquels la lésion était profonde, présentent 37 fois de la paralysie.

Sur un total de 104 cas, dans lesquels le siège est noté :

10 cas à la région cervicale fournissent	5 paralysies,
56 — dorsale —	33 —
38 — lombaire —	5 —

Ce qui fait en résumé : 1° que la paralysie existe une fois sur cinq avec une lésion superficielle, et à peu près une fois sur deux avec une lésion profonde; 2° qu'elle existe une fois sur deux au cou; un peu plus souvent au dos, et seulement une fois sur huit aux lombes.

C. — Enfin les résultats qui regardent les *abcès symptomatiques* ne sont ni moins intéressants ni moins caractéristiques.

I. — Si l'on tient compte de l'étendue de la lésion anatomique, on trouve, sur un total de 81 cas :