

double, névralgie crurale double. Parfois la névralgie est unilatérale, au moins au début; dans ce cas elle est beaucoup

FIG. 25.

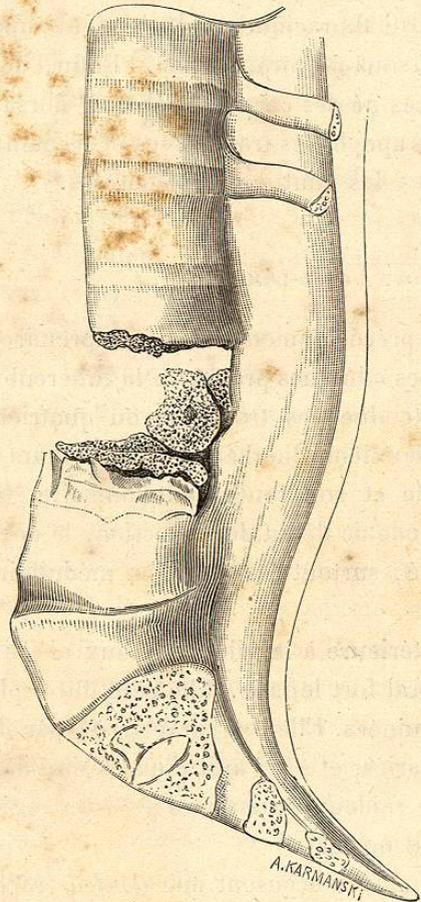


FIG. 26.

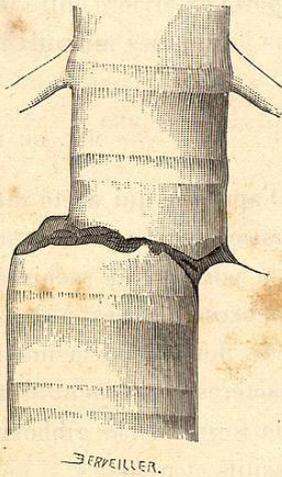


FIG. 25 et FIG. 26. — Mal de Pott lombaire. Vaste cavité comprenant deux corps vertébraux; séquestres libres dans la cavité. Déplacement latéral du segment inférieur du rachis. (Voir obs. XLII, p. 407.)

moins caractéristique. Un peu plus tard, il n'est pas rare que des fourmillements, des picotements, des spasmes partiels, se produisent dans les membres inférieurs; ce sont les phénomènes prémonitoires de la paralysie et de la gibbosité.

A l'état normal, la colonne lombaire est remarquable par l'étendue de ses mouvements. Dans la station verticale, elle est concave en arrière; lorsque le tronc se fléchit, comme dans l'acte de prendre un objet sur le sol, elle devient au contraire convexe. Dans la marche, elle s'incline alternativement à

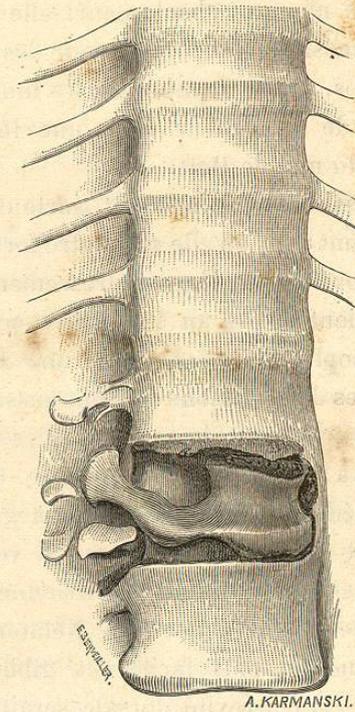


FIG. 27. — Mal de Pott lombaire. Caverne osseuse dans la troisième vertèbre lombaire, dont il ne reste plus qu'une lame osseuse transversale qui partage la cavité en deux compartiments. (Voir obs. XL, p. 404.)

droite et à gauche. La *perte de cette mobilité* est un des meilleurs signes du mal de Pott avant l'apparition de la gibbosité. Quel que soit le mouvement que l'on fasse exécuter au sujet, flexion, extension, etc., le segment altéré du rachis reste rigide; on le constate souvent à la vue, les malades eux-mêmes s'en rendent compte indirectement par la difficulté qu'ils éprou-

vent à se baisser pour toucher la terre avec la main; mais surtout, en appliquant les doigts sur les apophyses épineuses, on sent qu'elles sont fixées entre elles dans un rapport invariable, qu'elles ne s'éloignent ni ne se rapprochent l'une de l'autre.

La *douleur provoquée* par la pression sur les apophyses épineuses ou par la percussion est loin d'être constante; chez certains malades elle manque absolument; elle n'est, du reste, caractéristique que si on la cherche sur les apophyses épineuses elles-mêmes, car la pression sur les muscles sacro-lombaires détermine de la douleur dans une foule de circonstances en dehors du mal de Pott.

La *gibbosité* aussi manque souvent, surtout dans la région lombaire proprement dite, où elle se montre fort peu accentuée; elle consiste d'abord en un léger redressement de la colonne lombaire, qui devient droite au lieu d'être concave; d'autres fois une seule apophyse épineuse fait une légère saillie en arrière. Les grandes déformations existent aussi, mais elles sont peu communes au voisinage du sacrum; elles se voient beaucoup plus souvent à la région dorso-lombaire. Ce dernier point est un siège de prédilection des gibbosités à grande courbure, qui se rencontrent très fréquemment aussi vers le milieu du dos. Je ne pense pas cependant qu'il convienne d'accorder une grande importance à l'influence que Nélaton invoque pour expliquer la production plus facile des gibbosités dorsales. D'après cet auteur, la convexité dorsale serait une prédisposition à la gibbosité, tandis que les régions cervicale et lombaire, concaves postérieurement, seraient mieux disposées pour résister à l'inclinaison en avant. Ce n'est pas dans l'arc postérieur qu'il faut chercher les causes de la gibbosité, mais dans les corps vertébraux. Lorsqu'une solution de continuité se produit dans la colonne antérieure, la gibbosité apparaît, quelle que soit la région, parce que les forces diverses, pesanteur, contracture musculaire, qui font incliner en avant la partie supérieure du rachis, sont très supérieures à celles qui pro-

duisent son redressement, et la puissance de la flexion est d'autant plus grande que la coupure vertébrale siège plus bas. Cependant à la région lombaire, et surtout chez l'adulte, la gibbosité du mal de Pott est plus inconstante. On doit attribuer cette particularité au plus large diamètre des corps vertébraux, et surtout à ce fait d'observation, que les altérations tuberculeuses sont ici très souvent étendues en surface, mais peu profondes, de telle sorte que le rachis n'est pas interrompu et que sa solidité n'est pas compromise; telle est la carie dite superficielle de Boyer.

Sur les sujets porteurs d'une gibbosité dorsale ou dorso-lombaire fortement accentuée, j'ai pratiqué l'auscultation des bruits respiratoires et vasculaires. A la surface même de la saillie, le *retentissement de la voix* s'entend d'une manière remarquable. De plus, il existe parfois un *souffle vasculaire* rémittent, que l'on perçoit sur la paroi abdominale antérieure au voisinage de l'ombilic, et qui s'explique par une altération du tronc aortique du genre de celles qui ont été décrites précédemment.

La *paralysie* dans le mal dorso-lombaire est d'autant moins commune que la lésion osseuse siège plus bas. Au dos, elle survient à peu près dans la moitié des cas; à la région lombaire, seulement une fois sur huit. De plus elle revêt des caractères un peu différents selon que la myélite transverse occupe la région dorsale proprement dite ou le renflement lombaire. La myélite transverse dorsale donne lieu au type commun de la paraplégie des membres inférieurs, paraplégie complète ou incomplète, flasque d'abord, accompagnée quelquefois plus tard de contracture. La sensibilité est plus ou moins diminuée, rarement abolie; les réflexes sont conservés, et en général augmentés. En somme, on observe au début les signes d'une myélite transverse simple par compression; plus tard peuvent survenir les contractures indiquant la sclérose secondaire descendante des faisceaux latéraux.

Lorsque le mal de Pott siège au niveau des trois dernières vertèbres dorsales ou des deux premières lombaires, c'est-à-dire au niveau du renflement lombaire de la moelle, la paralysie, complète ou incomplète, reste en général flasque à toutes ses périodes, et les mouvements réflexes sont abolis ou affaiblis.

Les troubles urinaires du mal de Pott dorso-lombaire diffèrent, dans la majorité des cas, de ceux du mal de Pott supérieur. Dans le mal dorso-lombaire, c'est le plus généralement l'incontinence qui prédomine; les malades perdent continuellement leurs urines sans distension de la vessie; la rétention est beaucoup plus rare. Le contraire s'observe, avons-nous dit, dans le mal vertébral supérieur. Cette différence a été interprétée par les physiologistes. D'après Budge, il existe à la partie inférieure de la moelle (au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, chez le chien et chez le lapin) une petite région longue de 4 ou 5 millimètres seulement, dont l'excitation détermine des contractions de la vessie et du rectum. Gianuzzi, répétant les mêmes expériences, a trouvé deux centres vésico-spinaux chez le chien: un premier au niveau de la troisième vertèbre lombaire, dont l'excitation produit des contractions lentes de la vessie; un second au niveau de la cinquième vertèbre lombaire, dont l'excitation détermine des mouvements de la vessie plus rapides et plus vifs. D'un autre côté, Kupressow, dans un travail plus récent, montre que la destruction de la moelle entre la cinquième et la septième vertèbre lombaire chez le lapin diminue la résistance des sphincters de la vessie, tandis que la section de la moelle sur un point plus antérieur ne produit rien de pareil, sans augmenter toutefois l'obstacle à l'émission de l'urine. Il semble résulter de ces données de l'expérimentation que le centre médullaire des mouvements réflexes de la vessie et de son col se trouve placé à la partie inférieure de la moelle. C'est à peu près tout ce que la physiologie révèle sur ce sujet. Mais il importe de se rappeler, d'une part, que la paroi muscu-

laire de la vessie et son sphincter propre sont formés de fibres lisses et que le sphincter de la portion prostatique est un muscle strié, et, d'autre part, que les muscles de la paroi abdominale jouent un rôle actif dans la miction. Donc l'appareil musculaire qui préside aux fonctions motrices de la vessie, émission et rétention, est en partie soumis à la volonté et en partie soustrait à cette influence. Lorsque l'action cérébrale est supprimée par une interruption médullaire au-dessus du renflement lombaire, la paroi abdominale et les sphincters striés n'ont plus d'action. De plus, la vessie a perdu sa sensibilité, le besoin d'uriner a disparu. La suppression de l'influence cérébrale ou volontaire affaiblit beaucoup plus la puissance expulsive de la vessie que le pouvoir occlusif du sphincter. Kupressow a même démontré que la section de la moelle dorsale ne diminue en rien la résistance tonique du col vésical. On est conduit à conclure que les malades atteints de compression de la moelle cervicale ou dorsale éprouveront surtout de la rétention, et urineront par regorgement sans éprouver le besoin d'uriner. D'un autre côté, la destruction du centre vésico-spinal diminue très notablement la tonicité du col vésical (Kupressow); il doit en résulter que la compression du renflement lombaire amène surtout de l'incontinence urinaire. Avant toutes ces expériences physiologiques, Ollivier (d'Angers) avait déjà montré que les muscles de l'émission et ceux de l'occlusion pouvaient être paralysés séparément, et cela a lieu, en effet, chez quelques sujets.

Le *rectum* présente des troubles fonctionnels analogues. La constipation se remarque fréquemment, soit seule, soit en même temps que la rétention d'urine; il en est pareillement du relâchement du sphincter anal et de ses rapports avec l'incontinence urinaire.

Les *abcès* du mal de Pott lombaire sont presque toujours migrateurs. Parfois cependant ils se développent sur les côtés du rachis et s'ouvrent dans l'intestin, dans le côlon ascendant ou descendant, dans le cœcum, dans le rectum. En général, les

abcès gagnent les parties déclives ; placés à leur origine dans l'épaisseur du psoas ou à sa surface, ils trouvent dans la gaine de ce muscle une voie toute tracée vers la fosse iliaque. Là ils évoluent d'une manière différente suivant qu'ils occupent la surface antérieure du muscle ou sa face profonde. Dans le premier cas, il se forme souvent une collection volumineuse au-dessus de l'arcade de Fallope, et cette collection soulève la paroi abdominale, qu'elle envahit ensuite pour s'ouvrir à son niveau ; il est rare que dans ce cas un prolongement suive le trajet inguinal pour apparaître à l'extérieur. Les foyers profonds du psoas se prolongent, au contraire, au-dessous de l'arcade fémorale et arrivent à la partie supérieure de la cuisse, dans le triangle de Scarpa, où ils forment une collection facile à découvrir. Le passage sous l'arcade crurale se fait par la gaine du psoas, en dehors, en dedans, en arrière du muscle, ou par l'anneau fémoral, surtout par sa partie interne entre la veine et le ligament de Gimbernat. Le trajet qui fait communiquer le bassin avec la cuisse prend parfois des détours plus singuliers ; il suit, par exemple, les vaisseaux obturateurs, et apparaît entre les muscles adducteurs.

Parvenu à la cuisse, quel que soit son trajet, l'abcès ne tarde pas en général à soulever la peau et à s'ouvrir. Sa migration cependant peut s'étendre plus loin ; il descend le long des vaisseaux fémoraux jusqu'à leur partie moyenne et même jusqu'au genou ; dans quelques cas il remonte en haut et en dehors au-dessous du *fascia lata*, et forme une tumeur dans la fosse iliaque externe au-dessous du muscle moyen fessier.

Un abcès placé en avant du psoas, au lieu de descendre vers la fosse iliaque, envahit d'autres fois le petit bassin, s'ouvre dans la vessie, dans le rectum, dans le vagin ; ou bien il sort du bassin, tantôt par l'échancrure sciatique pour apparaître au-dessous du grand fessier, tantôt par la fosse ischio-rectale pour s'ouvrir au périnée, au niveau des branches ischio-rectales, etc. Certaines fistules voisines de l'orifice anal n'ont pas une autre origine.

Un certain nombre d'abcès lombaires se dirigent en arrière, perforent la masse sacro-lombaire ou l'aponévrose du muscle



FIG. 28. — Mal de Pott dorso-lombaire; destruction de sept corps vertébraux; abcès tuberculeux descendant jusqu'à la pointe du coccyx. (Voir obs. XI, p. 364.)

transverse en dehors de la couche musculaire, et apparaissent sous la peau de la région postérieure.

Nous n'insisterons pas sur la marche de ces abcès, ni sur les accidents divers qui les compliquent et qui n'ont rien de particulier à la région. Mais il convient de rappeler que l'abcès migrateur est le plus constant des symptômes du mal dorso-lombaire et qu'il en est souvent le signe le plus évident. Aussi toutes les fois qu'un abcès froid se montre dans un point quelconque du bassin ou de son voisinage, dans la fosse iliaque, dans le petit bassin, dans le triangle de Scarpa, dans l'épaisseur de la fesse, en arrière de la cuisse, au périnée, doit-on penser à l'existence possible d'un abcès migrateur et chercher son origine dans le rachis. Ce précepte est plus spécialement de rigueur chez l'adulte. Car à cet âge, comme Boyer, Bouvier et plus particulièrement Broca l'ont fait observer, le mal lombaire consiste souvent en lésions superficielles et ulcéreuses de la surface des corps vertébraux, avec ou sans atteinte d'une ou plusieurs articulations intervertébrales.

MAL DE POTT LOMBO-SACRÉ

Il ne saurait être question ici de phénomènes cliniques médullaires, surtout directement médullaires, puisque la moelle n'existe plus dans la région du rachis où nous envisageons l'affection, c'est-à-dire au-dessous de la seconde vertèbre lombaire. Aussi tout l'intérêt de cette variété se concentre-t-il sur les troubles nerveux qu'on y observe et qui présentent des traits vraiment caractéristiques. La déformation du rachis, les abcès symptomatiques, n'ont, au contraire, rien de très spécial, et quant aux conséquences au point de vue de l'accouchement, nous renvoyons aux ouvrages classiques d'obstétrique où se trouve bien traité ce côté de la question. Les symptômes nerveux sont dus à des lésions compressives ou inflammatoires des nerfs périphériques destinés aux organes du bassin et aux membres inférieurs. La compression ou la névrite peut porter soit sur les nerfs de la queue de cheval dans les cas de pachy-

méningite lombo-sacrée, soit sur un point plus périphérique au niveau des trous de conjugaison ou en dehors du rachis. Dans l'un et l'autre cas, tous les troncs nerveux ne sont point altérés à la fois; ils sont atteints les uns après les autres à des degrés différents et en plus ou moins grand nombre. Les uns

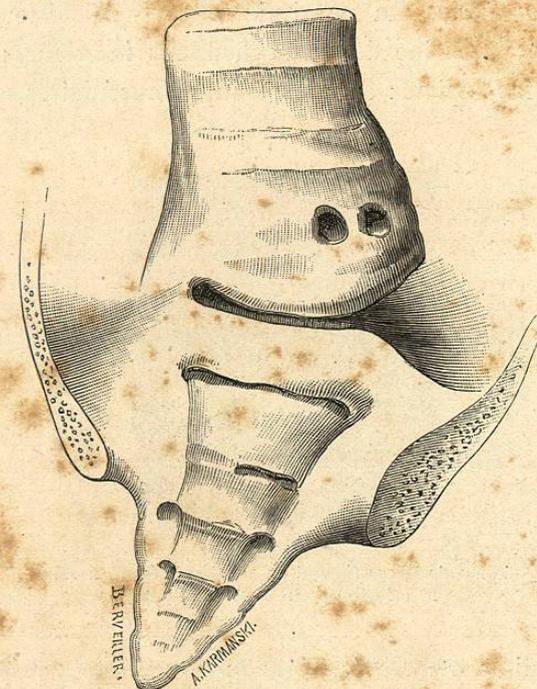


FIG. 29. — Mal de Pott lombo-sacré. Luxation latérale du rachis sur le sacrum.
(Voir obs. XXXIX, p. 403.)

sont profondément sclérosés, d'autres sont intacts ou légèrement touchés. Il résulte de ces faits anatomiques que les phénomènes cliniques, la douleur, les paralysies motrice et sensitive affectent toujours, au moins au début, des territoires limités sur les membres inférieurs. Cette disposition irrégulière et disséminée, ainsi que l'isolement des troubles nerveux périphériques, contrastent singulièrement avec la généralisation