

et la bilatéralité qui caractérisent d'habitude les troubles d'origine médullaire.

Les pseudo-névralgies se montrent communément et précèdent presque toujours la gibbosité; elles se présentent sous la forme de sciatique, de névralgie crurale; elles ne deviennent guère bilatérales qu'après avoir été unilatérales pendant un temps assez long. La paralysie motrice n'affecte presque jamais toute l'étendue des deux membres inférieurs; elle est partielle et incomplète: certains groupes musculaires sont para-

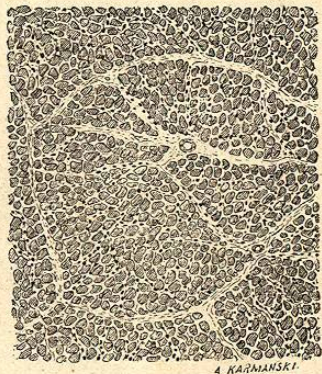


FIG. 30. — Coupe du muscle biceps fémoral du membre inférieur normal sans paralysie, ni atrophie. (Voir obs. XXIV, p. 380.)

lysés ou seulement affaiblis, alors que les groupes voisins sont respectés; certains mouvements de la jambe et du pied sont compromis, tandis que les autres et ceux de la cuisse sont intacts. La localisation peut se restreindre encore davantage: on observe parfois une paralysie isolée du triceps fémoral, des adducteurs, des muscles fessiers, etc. Ces paralysies ne sont point symétriques; elles n'affectent souvent qu'un seul membre, ou, si elles sont bilatérales, elles sont plus marquées d'un côté que de l'autre et siègent sur des groupes musculaires différents. Elles sont rarement accompagnées de contracture, mais les mouvements réflexes sont diminués ou même abolis.

Les troubles trophiques prennent ici une grande importance. L'atrophie musculaire est la règle dans le territoire des nerfs atteints; elle affecte une allure spéciale. D'abord elle est très précoce et elle constitue un des signes les meilleurs et dont on peut le plus facilement constater l'existence quand on est prévenu. L'examen des membres montre que cette atrophie est partielle et irrégulière dans sa distribution, affectant certains muscles, certains groupes musculaires et respectant ceux du voisinage, comme la paralysie, et avec plus de netteté encore.

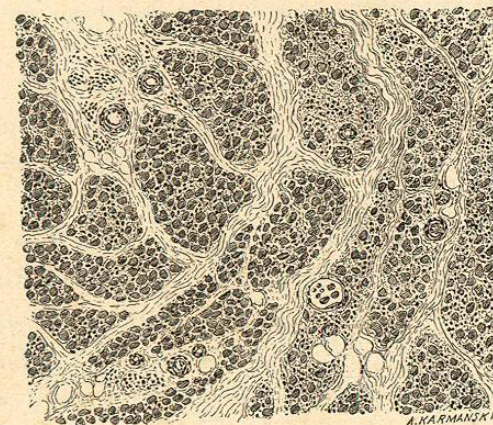


FIG. 31. — Coupe du muscle biceps fémoral du membre atteint d'atrophie. (Voir obs. XXIV, p. 380.)

Les muscles ainsi atrophiés perdent rapidement leur contractilité faradique et plus tard la galvanique. (V. fig. 30 et fig. 31.)

Le système cutané est souvent aussi affecté de dystrophies de différents genres. On observe fréquemment un état squameux de la peau, un épaissement de l'épiderme avec crevasses et sillons profonds sur la plante des pieds, un eczéma tenace et rebelle à tout traitement, un amincissement avec atrophie, rétraction, état luisant de la peau (*glossy skin*), un œdème des extrémités, des eschares survenant spontanément ou sous

l'influence des moindres pressions, une hypertrophie des ongles avec exfoliation des couches cornées, une production plus abondante de poils, quelquefois du zona ; en un mot, toutes les variétés d'altérations consécutives à la névrite.

Les troubles vaso-moteurs qui accompagnent ces dystrophies s'accusent par des modifications dans l'abondance des sueurs et de la transpiration insensible, par des changements de température. Tantôt la peau est sèche, tantôt elle se couvre fréquemment de sueurs profuses. Des recherches ont été faites dans mon service d'hôpital¹ sur les modifications de la température prise sur différents points de la surface du corps chez des enfants atteints de mal de Pott lombo-sacré, par comparaison avec l'état normal. Sur les sujets sains, la température de la plante des pieds ne varie pas d'un côté à l'autre de plus de deux dixièmes de degré ; le plus souvent même la variation est nulle. Dans le mal de Pott, au contraire, on trouve entre les deux surfaces plantaires une différence constante de température, variant de quelques dixièmes de degré jusqu'à un degré et demi et davantage. On peut remarquer que la température la plus basse correspond toujours au membre le plus atrophié. On observe le contraire sur les membres des enfants atteints de coxotuberculose ; ici le pied correspondant à la hanche malade fournit une température constamment plus élevée de un, deux et même trois degrés que celui du membre sain, quelle que soit d'ailleurs l'atrophie musculaire. Mais en ce qui concerne le mal de Pott, les différences de température entre les deux membres ne se rencontrent pas seulement lorsque l'affection siège dans la région lombo-sacrée, elle se retrouve aussi dans les paralysies d'origine spinale.

Un autre fait révélé par le thermomètre est l'abaissement constant de la température à la surface de la gibbosité, quelle

1. M^{me} Conta, *Du mal de Pott au-dessous de la moelle chez les enfants, et de ses conséquences au point de vue de l'accouchement*, thèse de Paris, 1887.

que soit la région, pourvu qu'il n'y ait pas trace de lésions inflammatoires superficielles ; cet abaissement est établi par la comparaison des températures prises sur la gibbosité et sur une autre région du rachis. Il varie de six à huit dixièmes de degré jusqu'à un degré et demi.