

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic se pose d'une manière différente à la période de début et à la période d'état. Au début, antérieurement à la déformation, à la paralysie, aux abcès, le diagnostic est loin d'apparaître avec évidence ; il convient de rechercher attentivement les signes rationnels, d'explorer avec soin la colonne vertébrale. Plus tard la maladie se reconnaît au premier coup d'œil à la forme de la gibbosité, ou tout au moins à un examen superficiel. On ne rencontre de difficulté que dans l'appréciation de l'intensité des désordres ou de l'existence de complications.

A la première période, une erreur peut être commise de deux manières : premièrement, on méconnaît un mal vertébral à cause de l'insuffisance des signes offerts par le patient ; secondement, on interprète mal les symptômes et on confond le mal de Pott avec une autre affection.

Les symptômes du début ne révèlent pas toujours le diagnostic sans incertitude. La douleur intercostale, le lumbago ou la sciatique, les douleurs rachidiennes, sont dans la majorité des cas peu accentués d'abord. Ces symptômes ne semblent pas de nature à inquiéter le malade, ni même assez souvent le médecin. Ils sont mis sur le compte de névralgies, de rhumatismes, etc., et cela d'autant plus aisément que leur apparition n'est que passagère ou plutôt intermittente. Un peu plus tard viennent la difficulté de la marche et des mouvements du rachis, la répugnance des malades à se livrer aux exercices habituels du corps. Dès que cet état se montre persistant ou qu'il revient par intermittences, on doit porter son attention vers le rachis. Les pressions méthodiques révèlent que quelques vertè-

bres sont sensibles et qu'il existe une gêne dans les mouvements ; le rachis se montre plus rigide ; déjà cet ensemble est presque caractéristique. Cependant même après une exploration minutieuse on conserve parfois des doutes, et il convient de réserver son jugement. D'autres éléments de probabilité peuvent se rencontrer d'ailleurs chez le malade, lorsque, par exemple, il est déjà porteur de lésions tuberculeuses manifestes, ganglions suppurés du cou, abcès froids, tumeur blanche, spina-ventosa, etc.

Au cou, le premier signe du mal de Pott est souvent une raideur par contracture. Cette raideur va rester désormais permanente, et on n'en trouve la cause ni dans une douleur musculaire rhumatismale, ni dans une inflammation de la région, adénite, angine, périostite du maxillaire inférieur. De plus, les vertèbres cervicales sont sensibles à la pression, et le toucher pharyngien, en découvrant une déformation ou en réveillant la douleur, fournit parfois d'utiles renseignements.

L'affection qui peut être le plus aisément confondue avec le mal de Pott à la période de début est l'arthrite des petites articulations des vertèbres cervicales. Cette maladie, beaucoup plus commune qu'on ne le pense chez les jeunes sujets et surtout chez l'adulte, est très fréquemment d'origine rhumatismale. C'est qu'en effet la région du cou est prédisposée au rhumatisme par ses mouvements incessants et surtout par son exposition au froid. Au début, le diagnostic n'offre guère de difficultés, l'arthrite rhumatismale étant une affection aiguë ou au moins subaiguë et fébrile. Les douleurs dont l'invasion est subite y sont liées aux mouvements du rachis, et ces mouvements sont empêchés ou restreints : l'inclinaison de la tête à droite ou à gauche, la flexion et l'extension sont plus ou moins douloureuses et limitées. La douleur siège au niveau même des articulations prises ; il suffit d'une pression latérale assez légère pour l'exaspérer ; mais comme cette pression s'exerce à travers les masses musculaires et que les muscles entrent promptement en contracture, il en résulte qu'on a sou-

vent méconnu l'arthrite proprement dite pour ne voir là qu'une simple contracture des muscles. Delore (de Lyon), en décrivant avec juste raison un torticolis postérieur, a cité quelques faits de rhumatisme de la région cervicale postérieure, sans indiquer avec précision ce qui revient aux jointures et aux muscles. Or je crois que l'arthrite cervicale est commune et que la plupart des cas de torticolis postérieur ne sont pas primitivement musculaires et doivent être rapportés à l'arthrite. Les considérations suivantes me paraissent justifier cette opinion. Après avoir eu une phase aiguë plus ou moins violente, l'affection guérit; mais elle laisse après elle des attitudes vicieuses dues, non à la contracture des muscles qui a disparu à cette époque, mais à des déformations articulaires et quelquefois à des adhérences fibreuses entre les surfaces. De nouvelles poussées reviennent, des douleurs se reproduisent de temps en temps, surtout à l'occasion des mouvements, et des manifestations de même nature se montrent sur d'autres jointures. Une simple contracture ne donnerait pas l'explication d'un état aussi complexe.

Cette forme chronique ou plutôt ces déformations avec poussées subaiguës survenant par intervalles sont une source de fréquentes erreurs de diagnostic lorsqu'on n'a pas vu les sujets dans la première phase. Les phénomènes qui se montrent alors sont : une déformation et une attitude de la région cervicale simulant celle du mal de Pott, une contracture des muscles postérieurs et quelquefois du sterno-mastoïdien, une douleur à la pression sur une zone déterminée du rachis, des douleurs périphériques spontanées dans les régions voisines, l'épaule et quelquefois les membres supérieurs; enfin, un léger empâtement du côté des articulations atteintes. Tous ces signes existant d'une manière permanente, sans réaction fébrile appréciable, on conçoit bien, surtout quand on n'est pas fixé sur le début, quelles sont les difficultés du diagnostic. Néanmoins un examen raisonné permet de lever les doutes. Il ne s'agit, bien entendu, que de l'arthrite des cinq dernières

articulations vertébrales postérieures du cou, et non de celles de l'atlas et de l'axis. Les mouvements de rotation de la tête sont libres; la déviation du cou est latérale; la courbure du rachis est plutôt une scoliose qu'une déviation antéro-postérieure. De plus, il est rare que l'immobilité de la région soit aussi absolue que dans le mal de Pott. Dans beaucoup de cas, on pourra déterminer des mouvements incomplets, accompagnés parfois de douleurs plus vives que dans le mal de Pott. Comme la déformation est simple et due à des altérations limitées, il n'y a de gonflement que d'un côté, et ce gonflement osseux est produit par la courbure du rachis; on atteint plus facilement de ce côté les apophyses transverses et articulaires qui soulèvent les muscles. Il n'y a pas d'empâtement total et symétrique de la région, et on ne trouve pas non plus cette tuméfaction envahissante des parties molles qui dans le mal de Pott conduit à la formation des abcès. L'affection rhumatismale ne se complique, en effet, jamais de suppuration ni d'abcès, et c'est là pour les cas anciens un caractère important. Notons enfin une atrophie des muscles plus prononcée que dans le mal de Pott. Cette atrophie est ordinairement unilatérale et affecte le côté dont les articulations sont atteintes.

A la région du dos, les signes qui les premiers mettent sur la voie du diagnostic sont les douleurs à distance et en particulier la douleur en ceinture, quelquefois une sensation de barreen travers du thorax, ou encore des vomissements, des troubles gastriques. Un peu plus tard, l'apparition des désordres de la marche et la déformation ne tardent pas à rendre le mal de Pott évident.

A la région lombaire, les signes pathognomoniques se font attendre pendant longtemps. On se trouve en présence d'un lumbago tenace à retours incessants, d'une sciatique de même caractère. On est porté, au premier abord, à chercher la cause de ce symptôme partout ailleurs que dans la colonne vertébrale. Il est extrêmement commun que l'affection soit prise pour une sciatique rhumatismale, pour un lumbago en rapport

avec quelque trouble viscéral que l'on croit découvrir du côté des reins, de la vessie, de l'utérus. Il est donc indiqué en pareil cas, après examen des urines et de l'utérus, de recourir à l'exploration du rachis, d'examiner la sensibilité, la mobilité des vertèbres ; là est la base du diagnostic. Dans un certain nombre de cas on ne peut se prononcer qu'avec réserve.

A la période d'état, le mal de Pott est très généralement manifeste, à ce point qu'il n'y a pas d'erreur possible. Il est reconnu à première vue, lorsqu'il y a gibbosité, paralysie et abcès symptomatique, et même lorsqu'il y a seulement gibbosité sans les deux autres symptômes. La gibbosité médiane ou légèrement déviée, anguleuse ou arrondie, mais à court rayon, est caractéristique. Elle n'a pas de ressemblance avec les courbures rachitiques, ni avec la scoliose des adolescents. Dans ces dernières déformations, les courbures sont multiples ; la principale d'entre elles, le plus souvent dorsale, est déviée latéralement. Le sommet de la bosse est formé non par les apophyses épineuses, comme dans le mal de Pott, mais par la partie postérieure des côtes. D'un autre côté, le rachitisme de l'enfance se limite rarement à la colonne vertébrale ; il produit en même temps des déformations des membres, des courbures diaphysaires, etc.

Il est un cas cependant où la courbure du mal de Pott ne se distingue pas sans difficulté de celle de la scoliose. Lorsqu'un mal de Pott dorsal ou dorso-lombaire s'est produit dans l'enfance avec une gibbosité déviée latéralement, que le malade a guéri et qu'on est appelé à examiner la difformité beaucoup plus tard, dans l'âge adulte, on constate parfois, surtout en cas de gibbosité modérément accentuée, que les courbures de compensation se sont développées assez largement pour rétablir la direction générale du tronc. Nous avons décrit, à propos de l'anatomie pathologique, une colonne vertébrale qui répond à ce type (fig. 2, p. 25). La gibbosité ou courbure principale est arrondie et déviée de côté ; les courbures de compensation sont également latérales. La ligne des apophyses épineuses décrit une série de

trois courbures superposées, la supérieure et l'inférieure concaves en arrière et latéralement, la moyenne également latérale, mais convexe. L'ensemble de la déformation rappelle assez exactement certaines variétés de scoliose. Il est des cas dans lesquels le diagnostic rétrospectif du mal de Pott serait difficile à poser, s'il n'y avait pas dans les antécédents du sujet d'autres éléments, tels qu'une période de paralysie, des abcès, des troubles urinaires, tous phénomènes étrangers à la scoliose.

La déformation rachidienne n'étant pas constante (elle manque assez souvent dans le mal cervical et dans le mal lombaire, surtout chez l'adulte), on peut n'avoir à sa disposition pour établir le diagnostic que la paralysie et les abcès symptomatiques. Avec ces deux symptômes réunis, le mal de Pott est encore presque toujours évident. Il n'en est pas de même lorsqu'il y a seulement paraplégie ou abcès froid ; mais il est fort rare que la paraplégie soit un symptôme isolé du mal de Pott. En pareil cas on ne pourrait remonter du symptôme à la cause, c'est-à-dire de la paralysie à la lésion vertébrale, que par la recherche des mêmes signes cliniques qui servent à établir l'existence de la maladie à son début : douleur à la pression, rigidité du rachis, douleur en ceinture, pseudo-névralgie, forme de la paraplégie indiquant une lésion organique de la moelle. Quant aux abcès froids, ils constituent au contraire assez souvent une manifestation isolée de la tuberculose vertébrale, en particulier de cette forme désignée par Boyer sous le nom de carie superficielle. Ordinairement la situation de l'abcès, son évolution suivie par le malade et par le chirurgien, ne laissent pas de doute sur le point de départ : tels sont les abcès froids du pli de l'aîne et de la fosse iliaque, les abcès froids rétro-pharyngiens, etc. Mais lorsqu'une collection se montre sur les côtés du cou, dans le creux sus-claviculaire, ou bien encore à la face postérieure de la cuisse, au périnée, etc., on est porté naturellement à chercher une origine plus voisine que la colonne vertébrale. Il faut cependant se tenir toujours en

garde contre la possibilité d'un long trajet et rechercher les signes du mal de Pott. Il est arrivé qu'une fistule à l'anus, traitée en vain par les moyens ordinaires, n'était autre qu'un trajet ossifluent remontant jusqu'aux vertèbres lombaires. Avec un esprit prévenu, on évitera ce genre d'erreur.

Un abcès, développé dans la région du rachis et se rattachant d'une manière évidente aux vertèbres, est lié dans quelques cas rares à une affection vertébrale toute différente du mal de Pott, je veux dire à l'ostéomyélite des vertèbres. Mais cette maladie, peu commune au rachis, évolue d'une autre manière. Son début est aigu; il est marqué par une fièvre violente, par des douleurs vertébrales intenses, par un état typhoïde quelquefois caractéristique. On a pu croire d'abord qu'on était en présence d'une fièvre continue à forme grave. Cette erreur est d'autant plus facile à commettre que les phénomènes locaux peuvent avoir été modérés, et par suite entièrement voilés par l'intensité de la fièvre, par l'état de prostration extrême. Le mode de début n'a aucun rapport avec la lenteur et la forme insidieuse des premiers symptômes du mal de Pott. De plus, la suppuration de l'ostéomyélite ne se fait pas attendre pendant des mois; elle commence avec les premiers symptômes et souvent devient apparente au bout de quelques jours, sous la forme d'un abcès chaud, d'un vaste phlegmon suppuré. Bien qu'il s'agisse d'une suppuration d'origine vertébrale, et qu'on puisse parfois, comme dans un cas de phlegmon lombaire que nous avons ouvert vingt jours après le début, sentir les vertèbres dénudées au fond du foyer, néanmoins la marche aiguë du mal détourne de l'idée du mal de Pott et ne permet pas une telle confusion. Mais si le malade n'est examiné qu'à une période tardive, quand la fièvre a cessé et qu'il ne reste plus qu'un trajet fistuleux, alors on est porté à penser de prime abord à la cause la plus commune des suppurations vertébrales, à la tuberculose. Le vrai moyen d'arriver au diagnostic est de rétablir tous les détails de l'observation du malade, spécialement ceux qui se rapportent au début.

MARCHE ET TERMINAISONS

On a rencontré dans quelques autopsies une lésion tuberculeuse des corps vertébraux que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie, le sujet ayant succombé à une affection étrangère qui était le plus souvent une tuberculose viscérale. Un certain nombre de faits de cet ordre se trouvent dans les recueils. Ce mal de Pott latent n'a joué aucun rôle clinique; mais il est quelquefois difficile de dire si l'altération vertébrale est secondaire, ou si elle est antérieure aux lésions tuberculeuses qui ont emporté le malade.

Le début du mal de Pott, sans être aussi complètement latent, est encore parfois fort insidieux; il ne se traduit que par des signes peu accentués: douleur rachidienne, névralgies passagères, qui n'arrêtent pas le malade dans sa vie ordinaire. Celui-ci ne s'inquiète de son mal qu'à l'apparition de l'un des symptômes caractéristiques, la gibbosité, la paralysie, l'abcès tuberculeux.

Le mode de début le plus commun est celui dans lequel les signes rationnels: douleur locale, douleur à la pression sur les vertèbres, douleurs irradiées, rigidité du rachis, précèdent pendant un temps variable, souvent très long, les symptômes de la période d'état. Avec un examen attentif, la maladie peut être reconnue avant qu'elle ne se soit aggravée au point de devenir tout à fait évidente. Ce diagnostic précoce est des plus utiles: il permet de placer les malades dans les meilleures conditions pour guérir avec le minimum des désordres irréparables.

Les trois symptômes caractéristiques de la maladie se montrent lentement ou tout d'un coup, isolément ou presque en même temps; l'un d'eux peut manquer, ou même deux d'entre