

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

eux. Un malade peut n'avoir jamais de gibbosité, ni de paralysie, mais il a un ou deux volumineux abcès symptomatiques ; tel est plus spécialement le cas du mal lombaire chez l'adulte. Un autre a une forte gibbosité, mais jamais la marche n'a été entièrement empêchée, et aucun abcès n'est apparu à l'extérieur ; tel est parfois le mal de Pott dorsal des jeunes sujets. Souvent aussi gibbosité, paralysie et abcès se trouvent réunis. Nous avons déjà insisté sur ces combinaisons symptomatiques en étudiant la fréquence des symptômes principaux et leur ordre d'apparition. Mais il est important de rappeler quelques-unes des particularités qui concernent la marche et la terminaison de chacun de ces symptômes. J'insiste d'abord sur ce fait que la gibbosité, une fois constituée, doit être considérée comme une déformation définitive. Toutefois, par un traitement bien dirigé, on peut quelquefois l'atténuer légèrement ; nous aurons à déterminer plus tard dans quelle mesure il est utile de tenter cette correction. Il est en général impossible de prévoir à un moment donné du cours de la maladie, surtout au début, si la gibbosité, abandonnée à elle-même ou traitée, aura de la tendance à s'accroître, ou bien si elle doit s'arrêter au degré où elle se trouve ; car on n'a aucun moyen d'apprécier exactement l'étendue réelle du foyer vertébral, ni de savoir s'il est limité ou non, s'il doit s'agrandir, et dans quelle mesure. Quoi qu'il en soit, en général la gibbosité s'accroît lentement ; elle augmente avec plus de rapidité à certaines périodes, ou même elle se montre subitement à l'occasion d'un effort, d'un mouvement inaccoutumé ; à partir du moment où elle est constituée, non seulement elle n'a pas de tendance à rétrograder, mais elle tend au contraire à s'aggraver.

La paralysie dans ses formes légères est souvent améliorée rapidement par le repos au lit, par l'ouverture d'un abcès, par l'application d'un appareil orthopédique soutenant le poids du fragment supérieur du rachis. D'autres fois, après avoir été pré-

chée et annoncée pour ainsi dire par des fourmillements, par un sentiment de lourdeur des membres, elle s'aggrave peu à peu jusqu'à la perte complète des mouvements, jusqu'à une diminution considérable de la sensibilité. Elle commence à peu près toujours par le relâchement, par un état flasque de tous les muscles ; ce n'est que plus tard qu'il survient parfois des contractures et de la trépidation des membres. Pott avait déjà vu et bien étudié la contracture, et il avait pensé qu'il ne s'agissait pas d'une vraie paralysie, car pour lui la paralysie devait être une abolition de la contractilité et de la tonicité des mouvements. « Les muscles sont exténués et diminués de volume ; mais ils sont raides et toujours au moins dans un état tonique par lequel les genoux et les chevilles du pied acquièrent une raideur qu'il n'est pas aisé de vaincre. Par le moyen de cette raideur, jointe à une espèce de spasme, les jambes du malade sont dans un état d'extension constante, et alors on a besoin d'employer une force considérable pour plier les genoux ¹. » Cette extension est habituelle au début des contractures ; elle indique une prédominance de la puissance des extenseurs. Plus tard l'attitude peut changer ; les fléchisseurs l'emportent, la jambe se plie sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin. La contracture tardive est en rapport, ainsi que l'a bien établi Bouchard, avec la sclérose descendante, c'est-à-dire avec une lésion anatomique réelle. Son apparition est d'un pronostic grave. Néanmoins elle n'est pas incompatible avec la possibilité d'une restauration plus ou moins parfaite des fonctions motrices. Charcot cite la remarquable guérison de deux femmes adultes après huit années de maladie. Toutes deux étaient dans un décubitus particulier, les cuisses pliées sur le bassin, les jambes sur les cuisses. Un beau jour la contracture disparaît, les réflexes cessent d'exister, les membres s'allongent, les malades se lèvent et marchent ². Ces deux cures étaient obtenues l'une

1. Pott, Deuxième Mémoire, *loco cit.*, p. 104.

2. Charcot, *Gazette des Hôpitaux*, 29 mai 1883, p. 483.

après deux ans, l'autre après dix-huit mois de séjour au lit. Bouchard rapporte cinq cas analogues de guérison après contracture, et j'en ai observé moi-même plusieurs exemples chez les enfants. Il reste souvent, surtout chez l'adulte, après le retour des mouvements volontaires, un certain degré de raideur, des spasmes involontaires, une exagération des réflexes tendineux. Il n'en est pas moins pratiquement démontré que la guérison peut survenir après une longue période de paralysie, même avec contracture, quelque obscur que soit encore le mode de réparation des faisceaux médullaires atteints de sclérose.

La marche ordinaire des abcès symptomatiques du mal vertébral est lente et progressive. Les collections augmentent peu à peu de volume et tendent à devenir superficielles, puis à s'ouvrir extérieurement ou dans une cavité viscérale. Si après cette ouverture le contenu est facilement évacué, s'il n'y a aucune rétention, les dilatations des trajets disparaissent ; il reste une fistule suppurante qui persiste fort longtemps. La suppuration est d'ailleurs plus ou moins abondante, tantôt séreuse, tantôt plus épaisse. Souvent la quantité du liquide écoulé et les accidents septiques qui surviennent épuisent le sujet ; il pâlit et s'amaigrit de plus en plus ; ses jambes s'œdématisent ; l'albumine apparaît dans les urines : la mort survient dans le marasme. Mais si, au contraire, sous l'influence d'un bon état général, la suppuration vient à diminuer, le travail de réparation succède à l'envahissement tuberculeux, le foyer d'origine se répare et se ferme, le trajet sous-jacent s'oblitére ensuite de la profondeur vers la surface. La cicatrisation de l'orifice superficiel en impose quelquefois et fait croire à une occlusion de tout le trajet ; mais bientôt l'abcès reparait sous la cicatrice, en ramenant les accidents ordinaires de la rétention du pus.

Les abcès ne parcourent pas toujours cette évolution ; ils peuvent se résorber et guérir sans ouverture ; la figure 32 en re-

présente un exemple frappant : la paroi de l'abcès considérablement épaissie s'est transformée en un fibrome au centre duquel existent seulement deux petits noyaux caséux. Cette heureuse

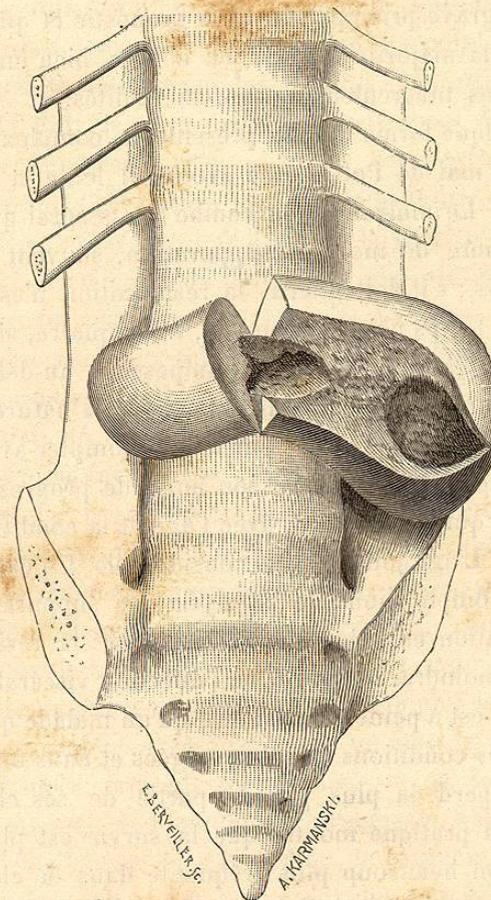


FIG. 32. — Mal de Pott lombaire. Guérison d'un abcès symptomatique par épaississement et transformation fibreuse de sa paroi. (Voir obs. XLIII, p. 408.)

terminaison est obtenue le plus souvent pour les abcès peu volumineux chez des malades jeunes et dont l'état général s'est maintenu bon. Cependant les grosses collections peuvent aussi se résorber. Nous verrons que de nombreuses tentatives

thérapeutiques ont été faites pour prévenir l'ouverture des abcès et provoquer leur résorption. Et, en effet, c'est surtout la suppuration des abcès jointe aux dégénérescences viscérales consécutives qui menace directement la vie des malades ; c'est elle qui aggrave principalement le pronostic et qui amène la mort dans la majorité des cas, en dehors, bien entendu, des complications tuberculeuses proprement dites.

Sous quelque forme que se présente le complexus symptomatique, le mal de Pott a une évolution lente et une durée fort longue. Le malade ne succombe en général qu'après un certain nombre de mois de suppuration, souvent après plusieurs années ; s'il doit guérir, la restauration n'est complète que dans un temps plus long encore, trois, quatre, six et même huit ans chez l'adulte. Aussi est-il impossible au début de l'affection de fixer la durée du mal, de prévoir la nature des accidents et d'en prédire l'issue. Car il faut compter avec le siège et l'étendue de la lésion, avec son mode de progression, avec les incidents qui surviennent, avec l'âge et la condition sociale des malades. L'âge joue un rôle considérable. Un enfant guérit mieux des complications de paralysie, de suppuration, etc., et la réparation est plus rapide chez lui ; la résistance de l'adulte est moindre, le danger de l'infection viscérale est plus imminent. Il est à peine utile de dire qu'un malade qui ne peut vivre dans les conditions de soins exigées et dans une hygiène excellente, perd la plus grande partie de ses chances de guérison. La pratique montre que la survie est plus longue et la guérison beaucoup plus fréquente dans la classe aisée que chez les pauvres et à l'hôpital. Un mal cervical est moins grave au point de vue de la vie qu'un mal dorsal ou lombaire. Les grandes courbures qui traduisent ordinairement des lésions profondes de plusieurs vertèbres sont moins favorables qu'une saillie anguleuse liée à la destruction d'une seule vertèbre. Enfin le développement des abcès constitue la complication la plus grave.

Jusqu'ici nous avons considéré le mal de Pott comme une affection isolée ; c'est souvent ainsi qu'il se présente, surtout chez les enfants. Mais fréquemment aussi l'atteinte de tuberculose cesse d'être unique ; l'infection progresse de la région envahie aux régions voisines et gagne l'économie tout entière ; de là des manifestations multiples sur différents points de l'organisme et principalement sur les viscères. Les sujets porteurs d'un mal de Pott peuvent avoir successivement des affections tuberculeuses externes de toutes sortes : ostéo-arthrites, spina-ventosa, adénites cervicales, etc., ou ils sont pris d'une tuberculose interne, et en première ligne de la phthisie pulmonaire.

Sur 103 cas de mal de Pott, H. Colas signale 8 lésions scrofuleuses ou tumeurs blanches, 10 adénites, 4 otorrhées, 12 doigts en massue ; cette proportion d'accidents concomitants me paraît encore inférieure à la réalité.

La multiplicité des localisations tuberculeuses externes est beaucoup moins funeste dans l'enfance que dans l'âge adulte. On voit en effet beaucoup de jeunes sujets guérir successivement d'une tuberculose ganglionnaire, d'une tuberculose articulaire ou osseuse, d'une tuberculose vertébrale, et rentrer plus ou moins défectueux de forme dans la vie commune, quelquefois pour de très longues années, sans avoir de nouvelles poussées tuberculeuses. L'adulte n'oppose plus la même résistance ; il est rare qu'après trente ans un malade survive longtemps, lorsqu'il présente simultanément ou successivement plusieurs atteintes de tuberculose chirurgicale. S'il ne succombe aux accidents locaux du mal de Pott, le poumon, l'intestin, les méninges ne tardent pas à être envahis et ces complications hâtent la terminaison funeste. La statistique de Bouvier sur le sujet qui nous occupe donne le résultat suivant : sur 82 cas de mal de Pott, sans distinction d'âge, 45 fois il existait des lésions tuberculeuses ailleurs que sur la colonne vertébrale ; sur 78 décès de malades atteints de mal de Pott, 44 fois la mort était attribuable à la lésion rachidienne, 34 fois elle était due

à une autre affection. Il est donc évident que pour apprécier justement la gravité du mal de Pott on doit tenir compte, d'une part, de la lésion rachidienne elle-même, et, d'autre part, de toutes les manifestations concomitantes de la tuberculose. Ces deux influences amènent la mort dans des proportions à peu près égales.

La durée moyenne du temps nécessaire à la guérison varie entre trois et cinq ans. Lorsque le mal de Pott se termine par la mort, ce n'est guère avant quinze ou dix-huit mois, et elle est ordinairement beaucoup plus tardive.

GUÉRISON. RECHUTES. TROUBLES FONCTIONNELS DÉFINITIFS

On doit considérer la guérison du mal de Pott comme complète et définitive lorsque tous les accidents ont disparu et que la gibbosité est parvenue à une soudure osseuse ou tout au moins ostéo-fibreuse serrée. Un assez grand nombre de sujets guéris de la sorte reprennent la vie ordinaire avec une santé suffisamment bonne.

Si la gibbosité occupe une région du rachis douée d'une grande mobilité, on observe alors le curieux phénomène suivant : la mobilité est, il est vrai, très amoindrie et même nulle à ce niveau, mais les régions supérieure et inférieure en acquièrent une plus grande que normalement, et cette suppléance vient en aide à l'imperfection du rachis gibbeux.

Un point des plus délicats dans la pratique est celui de fixer le moment de la guérison, c'est-à-dire l'époque à laquelle le malade peut reprendre la vie commune sans crainte de nouveaux accidents. On ne peut résoudre ce problème sur un simple examen : car il n'est pas aisé de constater directement le degré de consolidation du rachis, ni de savoir si les foyers caséux et les cavernes sont transformés en tissu de bon aloi et désormais guéris. Ce n'est en réalité que sur un ensemble de considérations que l'on parvient à asseoir un jugement fondé.

La durée de l'affection et surtout l'absence bien établie de toute espèce d'accidents locaux depuis longtemps, la possibilité pour le malade de se livrer à une marche prolongée sans fatigue, le bon état de la constitution, tels sont les éléments du criterium cherché. Mais on ne doit pas ignorer que la guérison du mal de Pott, qui s'observe fréquemment, n'est pas toujours une guérison définitive : un certain nombre de malades éprouvent ce qu'on peut appeler une rechute ou une récurrence. Après avoir joui un certain temps des avantages de la vie ordinaire, quelques-uns de ces sujets sont repris de douleurs locales ou irradiées, de phénomènes paralytiques ou de contracture ; d'autres voient se former, sans aucun trouble apparent, un abcès par congestion plus ou moins volumineux. Ces faits n'ont rien que de légitime, et le retour offensif n'est pas à proprement parler un second état pathologique ; c'est le prolongement à long intervalle du travail primitif. Il est resté, en effet, dans un point de la gibbosité ou dans l'angle rentrant des tronçons vertébraux un reliquat tuberculeux. Ce seront tantôt des fongosités spécifiques emprisonnées dans les os, dans la cicatrice fibreuse, tantôt un noyau caséux et même un petit abcès, demeurés longtemps stationnaires. De même un foyer d'ostéite tuberculeuse indolente, des séquestres environnés de fongosités pourront être le point de départ de la poussée nouvelle. Quoi qu'il en soit, cette poussée déterminera souvent une véritable rechute, parfois plus grave que la première atteinte. C'est qu'en effet le sujet est alors un tuberculeux ancien, chez qui ont pu se montrer d'autres localisations tuberculeuses qui vont désormais évoluer plus vite ; d'autre part, la résistance moindre du malade fait que les phénomènes locaux sont plus accusés et prennent une marche plus rapide. Nous avons vu plusieurs fois des malades succomber à des rechutes survenues cinq, dix ans et davantage après la guérison apparente du mal de Pott.

La guérison, au surplus, peut être incomplète. Il n'est pas rare de voir des sujets chez lesquels tout semble indiquer

que l'affection vertébrale est bien guérie, mais qui conservent tantôt une paralysie complète ou incomplète, tantôt des contractures plus ou moins prononcées. Les adultes, plus que les enfants, sont exposés à ce genre de terminaison. Enfin la présence de la gibbosité chez un sujet guéri n'est pas sans déterminer parfois des troubles fonctionnels fâcheux et même graves. La déformation du thorax, son défaut de capacité compromettent gravement la respiration et les mouvements du cœur. Les gibbeux dorsaux sont sujets aux palpitations, aux essoufflements, et les affections bronchiques prennent chez eux une gravité inaccoutumée. Ces troubles cardiaques et pulmonaires sont la source d'une débilité irrémédiable. Les bossus doivent se résigner à mener une vie calme et sans excès d'aucune sorte. Ils sont incapables d'un effort violent, d'un exercice énergique et continu. Même au repos, la respiration est haute; les battements du cœur sont souvent irréguliers; il y a fréquemment des redoublements ou des intermittences du pouls. La moindre fatigue, une marche un peu précipitée, l'ascension d'un escalier, provoquent des palpitations et un essoufflement avec cyanose de la face. Il y a plus encore : les modifications du calibre de l'aorte, résultant d'un changement de forme et de direction du vaisseau, sont une nouvelle cause de troubles cardiaques. L'aorte rétrécie en un point se dilate au-dessus; mais comme cette dilatation est progressive, la chose est d'importance médiocre, croyons-nous; il n'en est pas de même de la dilatation consécutive du cœur gauche, qui en est la conséquence, ainsi que nous l'avons constaté à l'autopsie.

QUATRIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Le traitement du mal de Pott doit être local et général.

TRAITEMENT LOCAL.

Première phase. — Au début de l'affection, on doit se proposer de limiter les désordres locaux et de réduire la gibbosité au minimum. Abandon de l'ancienne méthode de Pott. Les révulsifs légers, teinture d'iode, pointes de feu, sont peu actifs.

L'indication essentielle est d'immobiliser le foyer vertébral et de le soustraire à l'influence de la compression exercée par les parties supérieures du corps, au moyen de l'extension continue.

Dans la station verticale, malgré l'emploi des appareils, cette indication n'est pas remplie.

Le décubitus horizontal est nécessaire, mais insuffisant. Son action est complétée par l'extension continue. Appareils extenseurs; appareil à extension continue.

Appareils permettant la marche : corsets orthopédiques; corset plâtré de Sayre; appareil de Taylor.

Deuxième phase.

Gibbosité. — Les manœuvres de redressement sont dangereuses et inefficaces.

Paralysie. — Elle guérit en général spontanément, si le malade survit; inefficacité des cautères. Les révulsifs légers et répétés, les pointes de feu, paraissent avoir une action plus utile.

Abcès froids. — Moyens favorisant la résorption spontanée; le repos est le principal de ces moyens.

Méthodes évacuatrices. — Ponction simple. Ponction avec aspiration; ses inconvénients. Ponction suivie d'une injection d'iodoforme. Ouverture étroite des abcès, méthode sous-cutanée. Incisions larges antiseptiques : elles constituent toute la méthode, ou bien on les fait suivre de l'extirpation partielle ou totale de la paroi des abcès, ainsi que des foyers vertébraux eux-mêmes.

Traitement de la convalescence.

TRAITEMENT MÉDICAL.