

CINQUIÈME LEÇON

MAL VERTÉBRAL POSTÉRIEUR

SOMMAIRE

Le mal vertébral postérieur comprend les altérations tuberculeuses limitées à l'arc postérieur des vertèbres, c'est-à-dire aux apophyses épineuses, transverses et articulaires, ainsi qu'aux lames.

ÉTIOLOGIE. — C'est une affection peu commune, qui s'observe chez l'adulte comme chez l'enfant. Elle est primitive ou secondaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions affectent un ou plusieurs arcs vertébraux; elles se localisent sur les apophyses transverses, sur les apophyses épineuses, sur les lames. Dénudation osseuse; infiltration fongueuse de l'os; séquestre. Il y a quelquefois réparation spontanée de la lésion osseuse.

Abcès froids. — Ils sont postérieurs et médians ou latéraux; d'autres fois ils sont antérieurs et intra-cavitaires.

SYMPTOMES. — Début : douleur locale, spontanée et provoquée. Empatement superficiel.

Abcès tuberculeux. — Leur diagnostic avec les kystes, les lipomes. Difficulté de reconnaître qu'un abcès antérieur a son origine dans une altération d'une apophyse transverse.

Pronostic. — Il est bénin en général.

TRAITEMENT. — Traiter l'abcès : extirpation ou grattage de la paroi. Extraction des séquestres. Résection de la portion d'os malade. Résection des apophyses épineuses.

Observations.

MAL VERTÉBRAL POSTÉRIEUR¹

On n'a pas fait, que je sache, une étude à part des lésions tuberculeuses des arcs postérieurs des vertèbres, de ce que j'appelle le *mal vertébral postérieur*. Sans nul doute, ce chapitre ne doit tenir qu'une place très secondaire à côté de celui du mal de Pott proprement dit; car les lésions postérieures sont beaucoup moins communes et beaucoup moins graves. Nous avons déjà indiqué l'extension possible du foyer tuberculeux antérieur aux pédicules et même, plus loin, aux lames ainsi qu'aux apophyses transverses. Mais alors la physionomie du mal de Pott n'en est que fort peu modifiée; sa gravité n'en est pas sensiblement accrue. Au contraire, lorsque les lésions de l'arc postérieur sont isolées, elles ont une symptomatologie propre et réclament un traitement chirurgical particulier.

ÉTIOLOGIE

Le mal vertébral postérieur est assez peu commun pour que, pendant une dizaine d'années de pratique dans un hôpital d'enfants, on n'en rencontre qu'un petit nombre de cas, huit à dix environ, alors que le mal vertébral antérieur s'observe presque journellement. Cette rareté relative du mal postérieur s'explique par les différences de volume, de structure et de

1. On trouvera à la fin du chapitre quelques-unes des observations qui ont servi pour sa rédaction.

fonctions qui distinguent les arcs postérieurs des corps vertébraux. Les apophyses épineuses et transverses, les lames, représentent des parties osseuses assez minces, constituées par une couche de tissu compacte revêtant une faible quantité de tissu spongieux, tandis que les masses épaisses des corps vertébraux sont formées à peu près exclusivement par du tissu spongieux. Or on sait que le tissu spongieux est un terrain de prédilection pour le développement du bacille tuberculeux. De plus, le poids du corps exerce exclusivement sur la série des corps vertébraux une pression, qui n'est pas complètement étrangère à la prédisposition plus grande que cette partie affecte pour la tuberculose. Les arcs postérieurs ne ressentent pas cette influence. Le jeune âge ne paraît pas constituer une circonstance aussi nettement prédisposante que pour le mal vertébral antérieur. On pourrait à cet égard rapprocher le mal vertébral postérieur de la tuberculose costale, qui est à peu près aussi commune chez l'adulte que chez l'enfant.

Les autres circonstances étiologiques présentent peu de particularités à relever. Tantôt la lésion vertébrale est isolée et constitue la première manifestation tuberculeuse, tantôt on trouve d'autres localisations de même nature sur un autre point du squelette, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les poumons, etc. On ne doit jamais oublier de fixer son attention sur l'état général du sujet lorsqu'on est en présence d'une affection tuberculeuse localisée en un point quelconque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un seul arc postérieur est ordinairement atteint; quelquefois il y en a deux, rarement davantage. Toutes les parties de l'arc peuvent être prises, et par ordre de fréquence, les apophyses

transverses, les apophyses épineuses, puis les lames dont la structure est plus compacte. Je n'ai jamais fait d'autopsie pour des lésions isolées de cette espèce, mais je les ai rencontrées quelquefois en même temps que le mal de Pott; c'est du reste dans les opérations chirurgicales qu'on a surtout l'occasion d'étudier ces altérations. On trouve souvent une simple dénudation, peu étendue, au-dessous et autour de laquelle le tissu osseux est raréfié, infiltré de fongosités et se laisse emporter facilement par la curette tranchante. Il n'est pas rare qu'il y ait un séquestre dur, gris ou jaunâtre, adhérent ou isolé par une couche de fongosités. Parfois enfin l'os paraît sain, sa surface est régulière et revêtue de son périoste. Ce fait est fréquent pour les côtes; un abcès froid ou une petite masse de fongosités se trouve en rapport avec la surface osseuse, et lorsqu'on enlève le foyer dans sa totalité par une dissection attentive, on constate un petit point d'adhérence, réduit dans quelques cas à un mince pédicule. C'est ce genre d'altération qui a été décrit sous le nom de périostite et même de périostite externe par Gaujot¹. On a, en effet, discuté la question de savoir si en pareil cas la lésion avait pris son origine à la surface externe du périoste ou dans son épaisseur. Ni l'une ni l'autre de ces hypothèses ne me paraît admissible. Le siège initial des éléments tuberculeux est en général le tissu osseux lui-même, et non le périoste; c'est dans la moelle osseuse qu'ils naissent, c'est à ses dépens qu'ils se développent; mais le foyer peut être très superficiel, il peut même occuper la surface de l'os sous le périoste, ou, si l'on veut, la face profonde du périoste; ce qu'il importe de savoir, c'est que les parties molles ne sont envahies que consécutivement. Le périoste est ulcéré en un point; les fongosités traversent cet orifice et se développent alors en dehors du squelette, conduisant à la formation d'un abcès tuberculeux bien évidemment symptomatique. Or il peut arriver que plus tard

1. Charvot, *Gaz. hebd.*, 1879, p. 630.

la lésion osseuse primitive guérisse et se répare, ainsi que l'ulcération du périoste, pendant que l'abcès continue à progresser dans les parties molles. Si l'on vient alors à ouvrir l'abcès, on constate qu'il est indépendant de l'os, lequel est recouvert comme à l'état normal. En réalité cependant, l'abcès est d'origine ostéopathique.

Dans les cas où l'altération osseuse présente une certaine étendue, il n'est pas rare qu'il y ait à sa périphérie une couche d'hyperostose plus ou moins épaisse; on peut même voir deux apophyses ou deux lames voisines soudées ensemble.

L'infiltration tuberculeuse consécutive des parties molles donne lieu à la formation de masses fongueuses et d'abcès froids qui n'ont ici de particulier que leur siège et leur évolution.

Ceux de ces abcès qui sont en rapport avec une lésion des apophyses épineuses se développent nécessairement vers les parties superficielles, soit à peu près sur la ligne médiane, soit dans l'épaisseur des masses musculaires des gouttières vertébrales. Il en est de même pour les abcès qui naissent des lames. Je ne connais pas d'exemple d'abcès intra-rachidien ayant son origine exclusivement dans une lésion de l'arc postérieur; on comprend cependant que le fait puisse se rencontrer. Les abcès nés d'une altération des apophyses transverses affectent une marche différente selon la région. Au cou, ils sont assez superficiels; ils apparaissent latéralement du côté du creux sus-claviculaire ou en arrière du pharynx; au dos, ils peuvent se montrer en arrière dans la gouttière vertébrale, mais ils ont plus de tendance à se développer du côté de la plèvre et à suivre la même marche que ceux qui sont liés à une altération des corps vertébraux. Aux lombes enfin, les apophyses transverses sont profondément cachées en arrière par l'épaisse couche de la masse musculaire sacro-lombaire. Les abcès tuberculeux qui en émanent traversent quelquefois ces muscles pour devenir superficiels (*V. obs. II, p. 260*); pourtant leur développement est plus facile du côté de la cavité abdominale, vers le carré des

lombes et le psoas, où leur marche ne diffère en rien de celle qui est propre aux abcès du mal de Pott lombaire antérieur.

Tout ce qui concerne ces collections cavitaires a été dit antérieurement; nous n'y reviendrons pas. Ajoutons seulement qu'après avoir reconnu un abcès de la fosse iliaque ou de la racine de la cuisse, et avoir placé son origine dans une lésion de la colonne vertébrale qui n'a produit de gibbosité d'aucune sorte, il est impossible d'établir le diagnostic avec plus de précision; en sorte que, cliniquement, on peut confondre une lésion d'un corps vertébral lombaire ou dorsal avec celle d'une apophyse transverse. Il y aurait pourtant un réel intérêt à faire cette distinction, surtout à la région lombaire, où il serait possible d'atteindre chirurgicalement une lésion aussi limitée que celle d'une apophyse transverse.

SYMPTOMES

Les lésions tuberculeuses de l'arc postérieur ont pour symptômes du début une douleur locale accompagnée parfois de troubles fonctionnels; plus tard, il se forme d'habitude un abcès tuberculeux qui suit la marche accoutumée.

La douleur est spontanée ou provoquée. Le peu d'acuité de la douleur spontanée fait qu'on lui accorde peu d'importance pendant un certain temps; néanmoins sa fixité est assez caractéristique pour attirer l'attention. Elle siège au point lésé, qui est médian pour les apophyses épineuses, et latéral pour les lames ou les apophyses transverses. La douleur spontanée est souvent vague et peu marquée; on croit à une névralgie, à une douleur rhumatismale, à un lumbago; elle fait même quelquefois complètement défaut.

Dans une seconde phase, l'ostéite aboutit à la formation d'un

abcès tuberculeux. Cet abcès est précédé d'un empâtement local et indolent, sensible seulement à la pression. Les signes de l'abcès ne tardent pas à être évidents si la collection proémine en arrière, ce qui est la règle. Dans quelques cas très exceptionnels, l'abcès fait saillie sous les téguments, sans paraître se rattacher à des parties profondes, au squelette en particulier; il peut même jouir d'une mobilité trompeuse. Cela se conçoit et tient à l'une ou à l'autre de ces raisons: il peut, en effet, avoir été isolé du point osseux qui lui a donné naissance; l'ostéite a évolué vers la guérison, et il ne persiste de l'affection primitive que l'émanation dans les parties molles qui constitue l'abcès froid. Dans un autre ordre de faits, l'abcès n'est rattaché à l'altération osseuse originelle que par un canal étroit et plus ou moins long, ce qui fait que la tumeur est mobile.

Ces cas exceptionnels sont les plus embarrassants au point de vue du diagnostic; on peut alors confondre l'abcès avec un spina-bifida guéri, un kyste hydatique, un lipome.

Les abcès symptomatiques sont le plus souvent latéraux et placés dans l'épaisseur des muscles de la gouttière vertébrale; quelquefois cependant ils sont médians. Ceux qui se rattachent à une lésion d'une apophyse transverse peuvent se développer non plus en arrière, mais en avant, et proéminer dans les cavités viscérales, dans l'abdomen principalement; là, leur origine sera presque toujours méconnue, et on croira le plus souvent à une tuberculose superficielle d'un corps vertébral.

Les fistules consécutives à l'ouverture de ces abcès se font remarquer, comme toutes les fistules tuberculeuses, par les caractères propres du liquide qui s'en échappe, par la présence fréquente de décollements et de productions fongueuses dans le trajet. Le stylet aboutit généralement à la lésion vertébrale, mais non toujours.

Le mal vertébral postérieur, s'il se présente à l'état de manifestation tuberculeuse isolée, est une affection peu grave, et, même abandonné à lui-même sans aucun traitement, ou avec