

un traitement médical reconstituant, il finit par guérir. L'abcès s'ouvre; la fistule consécutive laisse pendant un certain temps s'écouler un pus séreux; il y a ou il n'y a pas élimination de parcelles osseuses ou de petits séquestres; puis la suppuration tarit et la fistule se cicatrise. Le pronostic de l'affection locale est donc bénin; mais un point est à réserver, concernant la possibilité de voir survenir un peu plus tard d'autres accidents de même nature, surtout si le malade est un adulte.

TRAITEMENT

Le traitement de la lésion locale nous arrêtera seul. Au début, avant l'apparition des abcès et de tout empâtement appréciable, le diagnostic, bien que probable, est cependant trop incertain pour qu'on soit autorisé à intervenir chirurgicalement; la lésion d'ailleurs peut être très minime et évoluer vers la guérison sans abcès.

Les indications sont autres en présence d'un abcès reconnu et dont l'origine est établie. Le volume de ces abcès étant minime et leur évolution longue, il est préférable d'intervenir. L'ouverture de l'abcès, l'extirpation et le grattage de sa paroi seront ici facilement exécutés. Ce procédé permet, en outre, d'arriver jusqu'à la lésion osseuse elle-même et d'en faire l'ablation, quel que soit d'ailleurs le siège de cette lésion sur une apophyse épineuse ou sur une apophyse transverse. On se conduit de même à l'égard des fistules interminables qui sont accompagnées de bourgeonnements fongueux, de décollements, et qui conduisent sur un os malade; une incision les met à découvert sur toute leur longueur; on enlève ce qui est fongueux à l'aide de la curette; puis, selon les cas, on réunit par première intention, ou bien on panse avec l'iodoforme. J'ai

mis un certain nombre de fois ce traitement en pratique, et j'ai obtenu constamment une guérison rapide.

Dans les cas où l'altération siège sur l'extrémité d'une ou de plusieurs apophyses épineuses, il n'y a pas d'inconvénient à en faire la résection au delà de la partie malade. Polaillon¹ a rapporté deux faits de ce genre, dans lesquels il a obtenu très rapidement la guérison. Il s'agissait de deux adultes âgés, l'un de trente-trois ans, l'autre de trente et un ans. Il avait réséqué sur l'un d'eux les apophyses épineuses de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire; sur l'autre, les apophyses épineuses des quatrième et cinquième vertèbres dorsales. Le premier de ces malades s'était présenté avec une fistule, le second avec un abcès tuberculeux; sur un troisième qui portait aussi un abcès, l'ouverture et le traitement antiseptique furent suivis d'une guérison complète en dix jours. Polaillon se servit du thermo-cautère pour faire les incisions; on peut imiter cette conduite; cependant l'ouverture au bistouri suivie de grattage est plus favorable à la réunion par première intention, et, à ce titre, elle est préférable.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Tuberculose de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale; séquestre, extraction, guérison.* (Lannelongue, *Note sur les ostéites apophysaires*, in *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1878, p. 162.) — Godin (Cyprien-Dauphin), âgé de onze ans, entre le 2 octobre 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 12, pour un trajet fistuleux consécutif à un abcès froid, à la suite d'une lésion de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale.

Cet enfant a eu la rougeole à deux ans et demi, la coqueluche à l'âge de quatre ans. Après cette dernière maladie, il a eu des glandes au cou, qui n'ont pas suppuré, mais qu'on retrouve encore aujourd'hui.

1. Polaillon, *Union médicale*, 1883.

d'hui assez développées. Il est assez grand, blond, et possède un certain nombre d'attributs du tempérament lymphatique, tels que développement du tubercule médian de la lèvre supérieure, altérations spéciales des dents. Ses parents se portent bien, mais son grand-père paternel est mort phthisique. Il y a cinq mois, il a senti une douleur d'abord légère à la partie supérieure du dos. Cette douleur, que rien n'avait provoquée, fut d'abord irrégulière et intermittente. Elle ne tarda pas à être suivie d'un gonflement auquel succéda bientôt une collection purulente qui fut ouverte par un médecin; il sortit un peu de pus : l'enfant ne fut pas arrêté, il ne souffrait nullement d'ailleurs. L'ouverture restant fistuleuse, il vint à l'hôpital le 2 octobre 1877. Quand je pris mon service, le 1^{er} novembre, je constatai un petit orifice fistuleux placé au niveau de la troisième apophyse épineuse dorsale; par cette ouverture, un stylet s'introduisait dans un trajet ascendant, occupant la ligne médiane. Ce stylet venait s'arrêter sur la saillie normale de la deuxième apophyse épineuse dorsale, et produisait un son dur, osseux. L'examen de toutes les parties voisines de ce trajet appartenant à la colonne vertébrale ne faisait reconnaître aucune particularité qui rappelât une ostéite dépassant les limites reconnues par le stylet. L'enfant n'éprouvait aucun des phénomènes du mal de Pott, et par la pression en dehors de la ligne médiane on ne provoquait aucune espèce de douleur. Par contre, la pression sur la seconde apophyse épineuse était douloureuse et produisait une mobilité manifeste de cette apophyse.

Le 9 novembre, je pratiquai une contre-ouverture sur le sommet de l'apophyse, et, avec de simples pinces, il me fut facile d'extraire la partie mobile, d'un demi-centimètre de longueur; elle ne tenait plus à la base de l'apophyse, qui était encore cartilagineuse. Les suites de cette opération furent très simples, et la cicatrisation était définitive le 17 novembre.

Obs. II. — *Ostéite tuberculeuse d'une apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire.* — Émile Saudry, âgé de neuf ans, entre à l'hôpital Trousseau le 10 décembre 1884. Son père est mort phthisique; sa mère est bien portante. Il a eu deux frères et une sœur; un des frères est mort de méningite tuberculeuse. L'enfant lui-même est d'une bonne santé; il a eu la rougeole à trois ans et la scarlatine à cinq ans; il n'a pas d'autre affection tuberculeuse que celle pour laquelle il vient à l'hôpital.

Il porte depuis un mois sur la région latérale gauche du rachis, à la partie supérieure de la région lombaire, une collection du volume d'une pomme d'api proéminente en arrière dans la gouttière vertébrale. Cette collection est fluctuante; elle soulève les téguments, mais elle s'enfonce profondément au milieu des muscles de la région; elle s'est développée progressivement, sans douleur. L'enfant raconte qu'il souffrait d'une façon irrégulière avant l'abcès, surtout lorsqu'il pliait son corps.

Aujourd'hui la pression sur les apophyses épineuses ne réveille pas de douleur; latéralement on provoque une certaine sensibilité, mais on ne peut la rapporter au squelette, à cause de l'abcès qui gêne l'exploration. Il n'existe aucun trouble du côté des membres inférieurs; la mobilité est intacte, et il n'y a eu aucune manifestation douloureuse de ce côté; la miction et la défécation sont normales. On diagnostique un abcès tuberculeux, mais on reste dans le doute sur son origine osseuse que l'on croit seulement probable.

Le 12 décembre, incision de l'abcès, décortication de la membrane; on reconnaît que la cavité pénètre par un trajet à travers la masse sacro-lombaire; on nettoie ce trajet des fongosités, et on arrive sur une portion osseuse dénudée et en partie mobile; on achève de la mobiliser. On extrait ainsi un séquestre jaunâtre, long de 1 demi-centimètre, appartenant à l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre lombaire.

La guérison du trajet était obtenue le 27 décembre, et l'enfant quitta l'hôpital quelques jours après.

Obs. III. — *Tuberculose externe sous-cutanée et osseuse à foyers multiples.* — *Lésions des arcs vertébraux postérieurs.* — Borel (Émile-Eugène), âgé de dix ans et demi, entre le 2 juin 1887 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 10.

Pied droit. — Le pied droit est parsemé de cicatrices non déprimées, lisses, un peu plissées sur les bords qui sont irréguliers et de même niveau. La couleur de ces cicatrices est d'un blanc rosé, leur forme générale est arrondie ou ovalaire; leur longueur varie de 1 demi-centimètre à 1 ou 2 centimètres. On en voit ainsi 5 ou 6 sur le bord interne du pied. Au-dessus et au-devant du talon, il existe un tubercule sous-cutané formant une induration rouge, dont le centre est en voie de suppuration. Au-dessus et en avant de la malléole interne se trouve une cicatrice reposant sur le tibia, mais

n'adhérant pas à la surface osseuse; même aspect que la précédente. A la face antérieure du cou-de-pied il y a deux petites cicatrices analogues; il y en a deux autres sous la malléole externe; l'une présente une croûte à son centre; l'articulation tibio-tarsienne est saine.

Jambe droite. — Une cicatrice étroite, allongée, longue de 4 centimètres, se trouve placée parallèlement à la crête du tibia dont elle est séparée par une distance de 1 demi-centimètre; elle correspond au niveau du jambier antérieur. Sur la face interne de la jambe, à sa partie moyenne, est une autre cicatrice longue de 3 centimètres 1/2 et large de 1 centimètre, adhérente au tibia. L'os ne présente aucune tuméfaction à ce niveau, aucune modification de forme. En arrière, sur le mollet, on voit une cicatrice de 5 centimètres de longueur, déprimée, adhérente au tissu sous-jacent; en arrière et au-dessous d'elle, il en existe une autre arrondie, et une troisième pareille au-dessous. Rien à la cuisse; rien sur le membre inférieur gauche.

Membre supérieur droit. — En avant, une cicatrice au pli du coude. Ankylose complète du coude dans une position intermédiaire à l'extension et à la flexion à angle droit; les parties osseuses et articulaires sont déformées; on ne trouve plus la régularité des saillies normales.

La pronation et la supination sont totalement abolies. La pression sur les saillies du coude est un peu douloureuse, et la peau présente quatre cicatrices sur les côtés et en arrière; ces cicatrices sont adhérentes aux os. L'atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras est considérable. — La main n'a rien.

Membre supérieur gauche. — Rien à la main. — L'articulation du coude est intacte, mais au-dessous du coude, en dehors et en dedans, il existe deux ulcérations. L'interne est recouverte par une croûte de pus concrété qui obstrue l'orifice d'une fistule. L'externe, située plus haut, à trois travers de doigt au-dessus de l'olécrâne, présente une ouverture fistuleuse laissant sortir un pus jaune, mal lié. Le stylet mène directement sur la face postéro-externe de l'humérus au-dessus de l'épiphyse; il pénètre dans l'épaisseur de cet os.

Thorax. — On trouve sur le thorax de nombreuses cicatrices et une fistule costale de la dixième côte.

Vertèbres; région dorsale. — Dans la région scapulo-vertébrale gauche, à la partie inférieure, au niveau de l'angle inférieur du sca-

pulum, est une grande cicatrice de 7 à 8 centimètres de hauteur sur 5 de largeur. Vers le centre on remarque une fistule dont l'orifice est situé à 4 centimètres de la ligne des apophyses épineuses au niveau de la septième vertèbre dorsale. Le stylet, en suivant une direction légèrement oblique en bas et en dehors, à une profondeur de 2 centimètres, rencontre une surface rugueuse, osseuse, appartenant à l'apophyse transverse de cette vertèbre. A la partie inférieure et externe de la même cicatrice est une autre fistule dans laquelle le stylet, en descendant obliquement en dehors à une profondeur de 3 centimètres, rencontre une côte altérée de la même manière que l'apophyse transverse précédemment explorée.

Malgré le très grand nombre de manifestations tuberculeuses, l'état général de cet enfant est bon, et il n'existe aucune localisation viscérale appréciable.

Obs. IV. — Une dame de quarante-quatre ans, M^{me} X., vient me consulter cette année. Elle porte au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, en arrière et à droite de la ligne médiane, une tumeur du volume d'une petite noix, d'une consistance molle, d'une fluctuation évidente, bien que difficile à apprécier tout d'abord; sa forme est régulière et arrondie.

Placée sous le trapèze, cette tumeur est très peu mobile; on ne peut l'isoler des parties profondes auxquelles elle semble se rattacher. En dedans elle se rapproche de très près de la ligne médiane, et là, elle s'avance jusqu'à la base de l'apophyse épineuse de la cinquième cervicale; le sommet de cette apophyse est en dehors d'elle et beaucoup plus saillant.

La ligne des apophyses épineuses est régulière; la pression sur l'apophyse épineuse de la cinquième cervicale, surtout sur le côté, est manifestement douloureuse; on réveille la douleur chaque fois qu'on renouvelle l'expérience; il n'y a de douleur sur aucun autre point. Cette tumeur donne lieu à de légères douleurs dans l'épaule et sur le côté du cou; ces phénomènes se sont montrés en avril dernier. L'augmentation de la tumeur est progressive.

La malade est, à part cela, d'une bonne santé. Je l'ai revue à deux reprises: l'abcès est devenu superficiel; il a tous les caractères d'un abcès symptomatique.