

sités. En arrière, au niveau de la jonction du sacrum avec la cinquième lombaire, c'est-à-dire à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque et en dehors d'elle, on trouve un petit séquestre entouré de fongosités. Ce sont ces altérations osseuses qui ont donné naissance à l'abcès constaté du côté gauche dans le psoas-iliaque.

*Canal lombo-sacré.* — Ce canal, examiné après l'ablation de la moelle et des nerfs de la queue de cheval, est tapissé par une membrane grisâtre, épaisse, qui n'est autre que la dure-mère, dont l'aspect est ainsi modifié depuis le niveau de la deuxième lombaire jusqu'à la première portion du canal sacré. Dans cette étendue, la dure-mère est doublée sur sa face externe par une couche grisâtre, purulente. Sa face interne présente également un aspect gris blanchâtre un peu plus accusé qu'à l'état normal. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque, un séquestre tend à pénétrer dans le canal sacré. La dernière vertèbre lombaire est enfoncée dans le sacrum entre les deux os iliaques. Le canal sacré a sa paroi postérieure proéminente en avant. En somme, le mal de Pott est plutôt sacré que lombaire.

*Examen histologique.* — La moelle lombaire est saine, de même que les nerfs de la queue de cheval.

*Nerf crural gauche.* — Les coupes transversales de ce nerf montrent que les faisceaux des tubes nerveux sont écartés les uns des autres par un tissu conjonctif abondant, contenant un grand nombre d'éléments embryonnaires. Les faisceaux nerveux eux-mêmes présentent une diminution très appréciable des tubes à myéline; le tissu conjonctif intra-fasciculaire est épaissi et forme des travées irrégulières qui séparent les tubes nerveux. Sur les préparations faites par dilacération, on voit, au milieu du tissu embryonnaire dont il est difficile de les isoler, des tubes nerveux normaux, et d'autres offrant les lésions de la névrite dégénérative. (Voir fig. 22, p. 431.)

*Nerf crural droit.* — On y observe un épaississement très prononcé du tissu conjonctif interposé aux faisceaux nerveux. Mais ces faisceaux paraissent normaux sur les coupes transversales, et la dissociation des nerfs nè montre point d'altération des tubes à myéline.

Le nerf obturateur droit montre, au milieu de la plupart des tubes restés sains, un certain nombre de tubes dégénérés offrant la segmentation caractéristique de la myéline en boules régulières.

Le muscle couturier gauche présente en quelques points des fibres

musculaires très grêles en voie de disparition, en même temps qu'une accumulation de noyaux à leur voisinage. Sur les préparations faites par dissociation, on rencontre quelques fibres granuleuses.

Dans le muscle couturier droit, la majorité des faisceaux sont normaux, mais il existe des faisceaux entiers présentant une atrophie très avancée. Dans ces derniers, les fibres musculaires sont très diminuées de volume; un grand nombre offrent à différents degrés la dégénérescence grasseuse. Les noyaux sont multipliés dans ces faisceaux dégénérés, et le tissu conjonctif qui les sépare est notablement épaissi. (Voir fig. 30, p. 496, et fig. 31, p. 497.)

Le biceps fémoral gauche présente des fibres dégénérées granuleuses et contenant des noyaux disposés en série.

Obs. XXV. — *Mal de Pott lombo-sacré.* — *Pachyméningite tuberculeuse.* — *Température des membres inférieurs.* — Pichenau (Jeanne), âgée de trois ans et demi, entre à l'hôpital Trousseau, salle Giralde, n° 40, le 11 janvier 1886.

Cette enfant fut opérée à Saint-Louis à l'âge de neuf mois d'une tumeur du côté gauche du thorax.

A deux ans, ophthalmie; six mois plus tard, rougeole; après cela apparaît, à la partie postérieure de la région lombaire, une tumeur qui augmente peu à peu de volume et finit par s'ouvrir. Il y a environ un an, il s'est produit un abcès dans l'aîne. L'enfant a commencé à marcher à deux ans, mais toujours avec difficulté, en appuyant ses mains sur les genoux pour se soutenir; plus tard, après l'apparition de l'abcès de l'aîne, elle a cessé de pouvoir marcher.

*État actuel.* — La gibbosité formée par le sacrum et les cinq vertèbres lombaires est médiane et arrondie. De chaque côté de la gibbosité, il y a une saillie formée par les muscles sacro-lombaires contracturés, avec douleur intense à la pression. Au niveau et au pourtour de la gibbosité, il s'est développé des phénomènes inflammatoires qui expliquent la sensibilité douloureuse de la région. Une circulation veineuse très accusée couvre de ses réseaux non seulement le pourtour de la gibbosité, mais le ventre, le thorax, les membres inférieurs. Un énorme abcès soulève la région fessière droite; on voit à sa surface la trace d'une ancienne ponction.

*Membre inférieur droit.* — Tous les muscles sont atrophiés. Les mouvements du membre sont libres mais douloureux. La sensibilité cutanée et plantaire est un peu exagérée, les réflexes tendineux sont

normaux. Il n'y a pas d'épilepsie spinale. Les orteils et les ongles sont recourbés en griffe. Les ganglions de l'aîne droite sont tuméfiés.

Le membre inférieur gauche est dans un état analogue à celui du membre droit, mais avec des altérations moins prononcées.

Cachexie très avancée. Température moyenne prise pendant dix jours consécutifs dans les mêmes conditions : dans l'aisselle 37°,3 ; au niveau de la gibbosité, 36°,7 ; sur la colonne vertébrale, entre les angles inférieurs des omoplates, 35°,3 ; sur la plante du pied droit, 25°,4 ; sur la plante du pied gauche, 25°,6.

*Autopsie. — Examen du squelette.* — Au-devant de la colonne lombaire et du sacrum on trouve plusieurs ganglions du volume d'une noisette, caséux, accolés aux veines iliaques. Depuis les deuxième et troisième lombaires jusqu'à la partie inférieure du sacrum s'étend une cavité fongueuse dont la paroi est formée de tissu fibreux lardacé, épais. La région lombaire est fortement fléchie sur le sacrum ; cette flexion est due à la destruction de plusieurs vertèbres. Le tissu fibreux enlevé, on aperçoit une séparation nette et complète entre les troisième et quatrième vertèbres lombaires ; le cartilage intermédiaire a disparu complètement. La surface des deux vertèbres est dénudée, rougeâtre. Les parties latérales de ces vertèbres sont également ramollies et altérées. Les quatrième et cinquième lombaires sont en partie détruites, en partie à l'état de séquestres. L'articulation sacro-vertébrale est le siège de productions caséuses qui s'avancent en arrière jusque dans le canal lombo-sacré ; d'ailleurs ce canal se trouve en communication avec les foyers caséux au niveau de l'articulation lombo-sacrée et au niveau de l'union des troisième et quatrième lombaires.

*Sacrum.* — Cet os est le siège d'altérations de même ordre ; les premières pièces ne sont altérées que superficiellement ; on voit cependant au niveau des trous sacrés des prolongements fongueux communiquant avec ceux du canal sacré. Les séquestres, qui se détachent avec une grande facilité, sont constitués par du tissu osseux dense.

La gibbosité arrondie a pour centre de mouvements l'intervalle des troisième et quatrième lombaires. Les apophyses épineuses et transverses sont saines.

La moelle lombaire n'est pas altérée, non plus que les nerfs de la queue de cheval.

La dure-mère est épaissie sur une étendue de 8 centimètres en

arrière du foyer osseux ; on y trouve des tubercules agglomérés. L'examen histologique de cette membrane, fait par Achard, y montre des éléments tuberculeux bien caractérisés et aux différentes phases de leur développement.

Obs. XXVI. — *Mal de Pott dorsal. — Adhérence de la paroi tuberculeuse du foyer à la dure-mère. Épaississement de cette membrane.* — Enfant de trois ans, ayant un mal de Pott qui date du cours de la première année. — Mort de tuberculose pulmonaire.

La gibbosité comprend les six dernières vertèbres dorsales. Le travail de destruction porte sur le corps de la onzième vertèbre dorsale et sur celui de la dixième vertèbre. Le corps de la onzième a disparu totalement ; il n'en reste pas de traces. Le corps de la dixième est ulcéré à sa surface antérieure et présente une petite cavité centrale. Le foyer qui résulte de cette destruction de tout un corps vertébral est tapissé par une couche de fongosités qui, au niveau de la face extérieure de la dure-mère, se confond avec cette membrane. La dure-mère est très épaissie à ce niveau. La moelle n'est pas altérée ; on n'aperçoit sur elle aucune trace d'inflammation, mais elle a subi une forte inflexion en avant.

Obs. XXVII. — *Mal de Pott au début. — Granulations tuberculeuses sur la dure-mère en regard du mal de Pott. — Cavité tuberculeuse du sternum. — Ganglions trachéo-bronchiques infiltrés de tubercules et comprimant le nerf pneumo-gastrique.* — Garçon de deux ans et demi, mort subitement avec des signes d'oppression, toux coqueluchoïde (compression du pneumo-gastrique).

*Autopsie. — Sternum.* — En suivant le trajet fistuleux qui part de la peau sur la ligne médiane (ouverture d'un ancien abcès tuberculeux), on arrive dans une cavité qui sépare le sternum en deux portions. Cette cavité est partout tapissée par la membrane ordinaire des abcès tuberculeux, qui forme des saillies mamelonnées au sommet desquelles on voit à l'œil nu des tubercules jaunâtres. Cette division du sternum se trouve à 2 centimètres environ au-dessus de l'appendice xyphoïde. Le fragment inférieur du sternum est tout à fait porté en arrière et véritablement luxé dans le thorax. Quant au fragment supérieur, il fait saillie en avant. Les extrémités de ces deux fragments sont partout recouvertes par la membrane tuberculeuse, qui forme une loge entre elles.

*Colonne vertébrale.* — On trouve au centre du neuvième corps vertébral dorsal une portion jaunâtre, dense, infiltrée de matière caséuse; autour, une zone blanche, plus anémiée; plus en dehors enfin, une zone rouge vasculaire d'ostéite raréfiante. Partant de la portion jaunâtre, un trajet fistuleux étroit, d'un diamètre de deux millimètres, arrive à la surface du corps vertébral, et de là naît un abcès tuberculeux, reposant sur la dure-mère, qui est recouverte d'une nappe caséuse et qui présente à sa surface interne le long des vaisseaux quelques granulations jaunâtres. L'articulation du huitième corps avec le neuvième est en partie détruite.

*Poumons.* — Granulations à la surface des plèvres; quelques gros tubercules aux sommets des poumons; emphysème.

*Ganglions.* — Gros ganglions trachéo-bronchiques caséux, ; l'un d'eux, très considérable, refoule le pœumo-gastrique sur la trachée au-dessus de la bronche droite et adhère à la gaine de ce nerf; il est bien manifeste que le nerf est comprimé.

Obs. XXVIII. — *Mal de Pott dorso-lombaire.* — *Crises douloureuses.* — *Gibbosité postérieure et latérale.* — Colson (Auguste), âgé de neuf ans, entre le 23 février 1878 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 3.

La mère de l'enfant a perdu un frère et une sœur poitrinaires. Elle a eu six enfants, dont cinq sont morts, la plupart de maladies cérébrales.

L'enfant a eu la rougeole à quatre ans; déjà auparavant il avait eu des maux d'yeux d'assez longue durée et des ganglions engorgés dont il porte encore les traces. Il s'enrhume assez facilement; maigre, blond, d'apparence assez chétive, il présente encore quelques attributs de son tempérament lymphatique.

Jusqu'à il y a deux ans, l'enfant marchait sans se plaindre; pourtant la mère remarquait qu'il se fatiguait vite; il avait d'ailleurs marché assez tard, à dix-huit mois. Il y a deux ans, en revenant de l'école, sans motif, il se plaignit d'une douleur assez vive dans les reins, douleur qui l'arrêta et le fit tomber. Pendant huit jours, ces douleurs persistèrent nuit et jour; la marche était tout à fait impossible. A la suite de cette crise, l'enfant cessa de souffrir, reprit ses jeux; mais il était évident qu'il se fatiguait plus vite qu'un enfant de son âge, et qu'il se tenait voûté. L'année dernière, sans motif, l'enfant eut une nouvelle crise de douleur. Cependant il a continué de

marcher jusqu'à il y a quinze jours, époque à laquelle il a été pris de nouveau de douleurs vives, surtout pendant la nuit; il jetait des cris; on était obligé, pendant huit ou dix minutes, de le lever, de le faire marcher. Ces accès se renouvelaient deux ou trois fois pendant la nuit.

*État actuel.* — Pendant la marche, l'enfant tient le tronc immobile, et l'examen de la partie inférieure du dos montre qu'il existe un léger gonflement de la masse sacro-lombaire droite dans toute la région dorso-lombaire inférieure. Avec ce gonflement vertical, il y a aussi un gonflement transversal du même côté. La ligne des apophyses épineuses se dévie graduellement à droite depuis la dixième ou onzième vertèbre dorsale jusqu'à la deuxième lombaire. Inversement, elle se porte brusquement à gauche au-dessous de la deuxième lombaire. Elle reprend plus bas sa direction médiane. De là, deux courbures, en prenant pour point de repère la saillie latérale de la deuxième lombaire. La première de ces courbures est longue; la seconde est courte. On est donc en présence d'une gibbosité latérale sans proéminence antéro-postérieure marquée. Quant à la douleur, l'exploration des apophyses épineuses par la pression n'en provoque qu'une légère, tandis que la pression sur la partie latérale droite en fait naître de très vives. L'enfant se plaint en même temps de douleurs spontanées dans le ventre. De plus, on a remarqué parfois de l'incontinence d'urine et quelques difficultés dans la miction, surtout le matin.

La famille de l'enfant n'a pas voulu le laisser à l'hôpital.

Obs. XXIX. — *Mal de Pott dorsal avec attaques épileptiformes et crises douloureuses du côté droit du thorax.* — Cet enfant, âgé de huit ans, est présenté à ma consultation le 14 décembre 1886.

Dans les premiers jours d'octobre 1884, il fut atteint d'une fièvre muqueuse qui le tint au lit pendant trois semaines environ. Il semblait parfaitement rétabli, avait repris ses habitudes et jouissait d'un très bon appétit, lorsque, sans cause apparente, le dimanche 9 novembre, à sept heures du matin, il fut trouvé dans son lit sans mouvement, les yeux blancs, ayant perdu complètement connaissance; une demi-heure auparavant, il avait causé avec sa bonne et rien n'indiquait qu'il pût être malade. Dix minutes ou un quart d'heure plus tard, l'enfant avait de violentes convulsions, il écumait, sa bouche était déviée; la jambe, le bras et l'œil du côté droit étaient agités

par des mouvements saccadés; le côté gauche au contraire était complètement paralysé; l'enfant ne pouvait pas parler et ne reconnaissait personne. Le médecin mandé aussitôt administra de l'ipéca, du bromure de potassium, un lavement d'assa foetida. Ces moyens n'agissant pas et les convulsions continuant toujours, on fit placer le malade dans un bain, une sangsue fut appliquée au niveau de la malléole. Puis l'enfant fut reporté dans son lit; l'état convulsif prit fin et le calme revint, mais sans que le malade parût encore reprendre sa connaissance; il était alors environ midi. Vers trois heures, il essaya de parler, mais d'une façon à peine intelligible; on comprit cependant qu'il demandait à boire, et c'est après avoir avalé un grand verre d'eau sucrée, aromatisée avec de l'eau de fleur d'oranger, qu'il dit très distinctement: « Elle est bonne. » Au même moment il remua un peu son bras droit. La crise avait donc duré depuis sept heures du matin jusqu'à trois heures de l'après-midi; la convalescence fut assez rapide. Le médecin prescrivit des calmants, des bains de tilleul, pour atténuer l'effet du climat de Monaco, trop excitant pour le malade. Celui-ci reprit peu à peu ses habitudes, mais toute leçon de lecture, tout ce qui pouvait fatiguer le cerveau fut supprimé d'après l'ordonnance du docteur, qui recommanda en outre d'éviter tout ce qui devait contrarier l'enfant. Ses forces revinrent cependant avec beaucoup de lenteur; il ne pouvait pas courir sans se plaindre de douleurs vives au côté gauche; il marchait en relevant l'épaule droite et en se courbant; il se fatiguait très vite. Le médecin de Monaco ne savait à quoi attribuer ces dispositions, et c'est dans cet état que sa mère l'a conduit, en 1885, à Saint-Germain-lez-Corbeil.

L'enfant a continué à se plaindre de douleurs du côté droit et à marcher mais difficilement; il lui était impossible de courir; les docteurs B. et M. avaient prescrit simplement des frictions sur le côté et sur l'épine dorsale avec un liniment dont ils avaient donné la formule. Les douleurs, qui revenaient par crises, étaient restées sans explication. Au mois de mars 1886, l'enfant fut atteint d'une pleurésie droite avec un épanchement peu abondant qui ne tarda pas à se résorber; il dut garder le lit pendant cinq semaines. Depuis lors la santé ne s'est pas rétablie d'une manière complète. Les douleurs du côté droit ont reparu. En faisant des frictions avec le liniment prescrit, on s'est aperçu un jour de la déviation de la colonne vertébrale. Sur le conseil du docteur B., on fit porter à l'enfant un corset

qui a paru le soutenir suffisamment pendant les premiers temps. Mais la marche de la maladie n'a pas été arrêtée; les douleurs de côté ont reparu plus vives, et le 5 décembre dernier est survenue une nouvelle crise convulsive qui a duré de une heure à cinq heures de l'après-midi. Pendant les jours précédents on avait déjà observé des accidents nerveux passagers consistant en une sorte de vertige avec perte de connaissance momentanée. Au moment de la crise du 5 décembre, le médecin de l'enfant, qui était présent, a noté que la perte de connaissance était absolue et que l'enfant était complètement insensible; la jambe et le bras droits, le côté droit de la face étaient le siège de mouvements cloniques. Le lendemain l'enfant paraissait revenu à la santé.

Depuis qu'on s'est aperçu de l'existence de la gibbosité, d'autres symptômes ont apparu: faiblesse des jambes, impressions particulières; l'enfant a la sensation qu'il marche sur des tapis. A deux reprises, il a eu le soir de violentes douleurs le long du rachis et irradiées dans le côté gauche du ventre; ces douleurs paraissent avoir été causées par la fatigue de la marche.

Les renseignements précédents nous sont fournis par les parents de l'enfant et par le docteur B., qui l'a observé et traité. Nous apprenons encore qu'il n'existe aucun antécédent tuberculeux dans la famille. La mère, durant le premier mois de sa grossesse, fut prise d'une grande frayeur qui occasionna une crise de nerfs avec des pleurs et un léger tremblement. L'enfant a toujours été nerveux, impressionnable; mais il s'était toujours bien porté jusqu'en octobre 1884, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de six ans.

Depuis trois mois, les jambes sont paralysées légèrement et fléchissent sous le poids du corps pendant la marche.

On voit actuellement une gibbosité dorsale arrondie, correspondant aux septième, huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales.

Du côté droit du thorax, la matité est absolue en arrière et latéralement sur les deux tiers inférieurs de la plèvre. La paralysie est complète et flasque avec atrophie des muscles. Les réflexes rotuliens sont conservés. Il n'y a pas d'épilepsie spinale, pas d'anesthésie. Le malade est très constipé, mais la miction se fait librement, et les urines sont claires; il y a un amaigrissement notable.

Depuis le 14 décembre, jour où j'ai vu cet enfant, il est resté couché sur son lit ou sur sa voiture, il a cessé de souffrir; à deux

examens successifs, dans le cours de l'année 1887, l'enfant se porte bien et ne ressent aucune douleur; la paralysie a disparu, mais il présente une atrophie très marquée des muscles des membres inférieurs.

Obs. XXX. — *Mal de Pott à forme nerveuse. Début marqué par des crises douloureuses régulièrement périodiques au niveau du rachis et se montrant par séries séparées par des intervalles de calme.* — Cette observation a été transcrite à peu près littéralement telle qu'elle nous a été communiquée par le docteur B., de Péronne.

L'enfant est un garçon de dix ans à l'époque où on me l'a conduit à Paris en 1886; il habite la campagne et je ne l'ai vu qu'une fois. — Voici donc l'observation du docteur B :

« Le seul renseignement étiologique que l'on puisse recueillir est que le grand-père paternel de cet enfant est mort dans un âge avancé, mais manifestement tuberculeux. Le père et la mère ne toussent jamais. L'enfant a eu une bonne hygiène et une bonne nourriture.

« *Le 27 février 1885.* — L'enfant souffre depuis quelques jours de crises très douloureuses revenant le soir, vers dix heures environ; deux heures après qu'il est couché, il se plaint de son dos et montre lui-même la région dorso-lombaire.

« On le déshabille complètement et on le couche sur une table pour examiner la colonne vertébrale. A la percussion méthodique, aucune vertèbre n'est sensible; le rachis est souple; je le fais plier en avant et en arrière en tenant l'enfant dans mes mains; toutes les vertèbres glissent bien sans souffrance. Mon diagnostic est très hésitant. Je repousse toute idée d'arthrite ou d'ostéite vertébrale, et je pense à quelque colique néphrétique produite par des sables uratiques; je fais examiner les urines, on ne trouve rien. L'enfant avait un peu de constipation, nous lui donnons de légers laxatifs, la solution de Coirre au chlorydro-phosphate de chaux et des bains. L'enfant continue à souffrir toutes les nuits, ayant souvent deux crises, l'une vers dix heures du soir, l'autre vers trois ou quatre heures du matin.

« *Le 28 mars.* — J'appelle un confrère; il pense à des vers intestinaux et prescrit quelques vermifuges, sans aucun effet. La constipation persistant, huit jours plus tard je fais prendre une petite dose de sedlitz granulé tous les matins. Au bout de quelques jours de cette médication, tout s'améliore, et vers le 15 avril les crises cessent.

« Au commencement de juillet, l'enfant, qui semblait guéri,

souffre de nouveau, pendant huit jours, de crises qui reviennent vers dix heures du soir; mais ces crises sont très atténuées. — On reprend les laxatifs le 3 août. — Varicelle. — Pas d'examen de la colonne vertébrale.

« *Novembre.* — Crise de médiocre intensité durant quinze jours. — L'enfant a eu une coqueluche moyennement forte en septembre.

« *Janvier 1886.* — L'enfant a eu deux jours de fièvre vers le 25 décembre; il marche bien, ne souffre pas; il a pu faire 4 kilomètres à pied, mais il portait la tête un peu penchée; le corps se tenait droit.

« *Le 15 février.* — L'enfant fait encore une course d'un kilomètre sans accuser aucune souffrance, mais il a trébuché en marchant.

« *Le 22 février.* — Crises modérées vers dix heures du soir, semblables à celles de l'année précédente.

« *Le 27 février.* — La mère s'aperçoit que l'enfant traîne la jambe gauche, qu'il la tourne en marchant.

« *Le 28 février.* — Il tombe à chaque pas et ne marche qu'en se tenant aux murs.

« *Le 2 mars.* — J'examine la colonne vertébrale : la première vertèbre dorsale fait saillie. La percussion sur toutes les autres apophyses épineuses n'est pas douloureuse; il y a une certaine raideur du rachis. — Vésicatoire en bande à la région dorsale, puis à la région lombaire. — L'enfant se tient encore debout, mais sans pouvoir marcher; il soulève sa jambe droite sans trop de difficulté et la maintient en l'air deux ou trois secondes; la jambe gauche est levée avec beaucoup de peine et retombe de suite. La sensibilité est conservée sous toutes ses formes; les réflexes paraissent un peu exagérés.

« *Le 4 mars.* — On couche l'enfant sur un lit ferme, sans oreiller, avec la tête renversée autant que possible. Au moment de l'application des vésicatoires et les jours suivants, la douleur avait cessé, mais elle est revenue depuis et se produit toujours par accès vers dix heures du soir.

« *Le 14 mars.* — Nouvel examen de la colonne vertébrale : les premières vertèbres lombaires au niveau desquelles l'enfant localisait toujours sa douleur, sont sensibles à la percussion. La mère a remarqué que l'enfant a parfois de la peine à uriner et que sa verge est presque toujours en érection.

« En résumé, depuis un an se sont développés une série de signes dont le principal est la douleur sous forme d'accès. Ces douleurs, très vives, sont revenues d'abord constamment aux mêmes heures pen-