

dant un mois ; elles se montraient toujours dans la journée. Les examens du rachis plusieurs fois répétés en février et mars 1885 sont restés négatifs. Guérison en apparence complète du 15 mars au commencement de juillet 1885, puis huit jours de douleurs légères ; varicelle en août ; coqueluche légère en septembre ; petite crise de douleurs en novembre ; rien durant l'hiver jusqu'aux mois de février et de mars, époque à laquelle on trouve une saillie de la première vertèbre dorsale ; un peu plus tard les premières vertèbres lombaires sont sensibles ; le mal de Pott est alors évident. »

Obs. XXXI. — *Mal de Pott dorsal supérieur. — Crise épileptoïde caractérisée par des contractures généralisées.* — Ch. (Georges), âgé de vingt et un mois, est présenté à ma consultation le 23 mai 1887. Son père est atteint de tuberculose pulmonaire.

Cet enfant a été élevé au sein jusqu'à seize mois, âge auquel il a commencé à marcher. A dix-neuf mois, il a été atteint d'une bronchite ; pendant cette maladie il marchait péniblement. A l'âge de vingt mois, c'est-à-dire il y a un mois, une saillie de la colonne vertébrale a été remarquée par le médecin. Peu de jours après cette constatation l'enfant eut un matin une crise de contracture généralisée qui dura environ trois minutes. Pendant cette crise la face était congestionnée, violacée.

Actuellement on constate une gibbosité au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales. A certains moments la marche est difficile, d'autres fois elle est plus aisée. La région de la gibbosité est douloureuse.

Obs. XXXII. — *Mal de Pott dorsal. — Contractures spasmodiques.* — Jeanne S. est âgée de cinq ans. — Son père tousse souvent ; il a eu, il y a huit ans, une fièvre typhoïde compliquée de fluxion de poitrine et de pleurésie. Sa mère est nerveuse et a des attaques d'hystérie. Sur les cinq enfants dont se composait la famille, trois sont morts : un de fièvre typhoïde, un autre de variole, le troisième mort-né. Il reste un petit garçon en bonne santé et la petite malade atteinte de mal de Pott.

Celle-ci s'est bien portée jusqu'à l'âge de deux ans, époque à laquelle on s'aperçut d'une gêne dans la marche, d'une attitude vicieuse, d'un changement du caractère qui devint triste et grognon. Un appareil de Bonnet fut immédiatement appliqué. Six mois plus

tard, on constata la présence d'une gibbosité. Au bout d'un an, on sortit l'enfant de l'appareil pour lui faire faire un corset, qu'elle porta six mois. Comme ce corset ne pouvait plus être toléré, on remit l'enfant dans la gouttière de Bonnet. Il y a trois mois, on a constaté des contractures des jambes. La mère n'avait pas remarqué de paralysie avant la contracture. L'enfant n'avait pas souffert. Aucun trouble, ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum.

État actuel. — Il existe une gibbosité régulière, médiane, sans déviation latérale, avec une proéminence de la paroi costale du côté droit ; cette gibbosité s'étend de la troisième à la septième vertèbre dorsale. On ne trouve pas de douleur sur le trajet du rachis. Le thorax est déformé ; il est saillant en avant, globuleux. On observe des contractures spasmodiques, intermittentes, de tous les muscles des membres inférieurs, principalement des muscles postérieurs. Ces contractures augmentent sous l'influence des mouvements provoqués pendant l'examen de la malade ; tantôt c'est une simple raideur musculaire qui se produit ; tantôt c'est une véritable contracture qui a de la tendance à persister, et alors les membres se mettent dans une inflexion plus ou moins prononcée. Ces phénomènes sont également marqués des deux côtés.

Les membres sont légèrement atrophiés ; il n'existe pas de trouble de la sensibilité cutanée ; la sensibilité profonde est plutôt exagérée, ce qu'indiquent les contractures provoquées. La raideur musculaire rappelle les caractères de la catalepsie. On ne peut provoquer aucune trépidation épileptoïde par le relèvement du pied ; le réflexe rotulien est aboli. Les muscles se contractent vivement sous l'influence de l'électricité.

Obs. XXXIII. — *Mal de Pott cervical. — Symptômes laryngés, gêne de l'inspiration. — Gangrène de la vulve.* — Sh. (Marie), âgée de deux ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 23 octobre 1877.

Ses parents et ses grands-parents sont bien portants. Cette enfant, qui est unique, n'a jamais été malade avant l'époque actuelle. Cependant la mère a toujours remarqué une certaine gêne de la respiration ; elle fait observer que cette gêne était plus grande la nuit, que des râles remplissant la poitrine rendaient la respiration sonore, mais elle n'a jamais vu de crises de suffocation. On ne sait à quelle cause attribuer la gangrène de la vulve. Il semble résulter du dire de la mère qu'on pourrait admettre qu'il y ait eu des rapproche-

ments insolites. D'un autre côté, on peut se demander s'il existe un rapport entre l'accident vulvaire et le mal de Pott.

Au moment de l'entrée on constate, en effet, une gangrène superficielle de la vulve occupant la face cutanée et une petite portion de la face muqueuse des grandes lèvres. Il n'y a eu antérieurement aucune des maladies qu'on retrouve habituellement dans l'étiologie de cette gangrène.

4 décembre 1877. — Il y a quelques jours, l'enfant a été prise brusquement d'une laryngite accompagnée d'une gêne de l'inspiration, l'expiration restant facile. La voix de l'enfant était un peu cassée. A ce moment, une épidémie d'angine couenneuse régnait dans l'hôpital, de telle sorte que nous avons cru que l'enfant était elle-même prise de cette maladie.

L'examen de la gorge n'ayant rien révélé, un vomitif n'ayant amené aucun soulagement, l'examen attentif du cou a fait découvrir une gibbosité légère au niveau de la septième vertèbre cervicale. Cette gibbosité comprend aussi la sixième cervicale et la première dorsale, mais le point culminant correspond à la septième cervicale. La percussion du sommet de la poitrine montre, surtout à droite, un certain degré d'empatement. On suppose qu'il y a compression du pneumogastrique par un abcès symptomatique.

Il n'y a, d'ailleurs, ni anesthésie ni paralysie motrice. Les muscles intercostaux paraissent fonctionner normalement.

On n'a pu suivre cette malade, qui a été ramenée chez elle par sa mère.

Obs. XXXIV. — *Mal de Pott lombaire simulant durant la vie une coxotuberculose double. — Trajets d'abcès symptomatiques contournant de chaque côté le col du fémur; épaissement secondaire de la capsule fémorale du côté gauche.* — Pfortzel (Marie-Anne), âgée de onze ans, entre le 11 décembre 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Eugénie, n° 34.

Cette fillette est envoyée à l'hôpital pour une double coxalgie suppurée ayant amené les désordres suivants : A droite, les mouvements de la jointure sont très limités. L'extension est impossible, ainsi que l'abduction et la rotation en dehors. La pression sur la tête et le petit trochanter est douloureuse. Au niveau de la partie postérieure de la cuisse, à son origine, se trouve un orifice fistuleux remontant vers la hanche, mais restant sous-cutané. Les altérations

de la hanche ne peuvent être appréciées autrement que par l'impossibilité des mouvements de la cuisse. Le gonflement qui existe au niveau du grand trochanter pourrait faire croire que cette saillie est atteinte, et non l'articulation. Les parties molles périarticulaires, la jambe et la cuisse sont très amaigries.

A gauche, l'état est le même; les mouvements sont difficiles; l'extension ne peut se faire, la rotation en dehors est très limitée, la douleur à la pression est encore vive. Comme du côté droit, on trouve en arrière l'ouverture d'un vaste abcès qui n'est pas très ancien; le trajet qui fait suite à cet orifice se dirige aussi du côté de la hanche sans y parvenir. Il est difficile de déterminer exactement l'origine de cet abcès. Un certain nombre de raisons peuvent faire croire qu'il vient de l'articulation; le fémur n'est pas augmenté de volume. L'enfant reste constamment les cuisses fléchies avec une courbure lombaire assez considérable. Cette fillette, qui est dans le marasme à son entrée à l'hôpital, succombe le 13 janvier.

Autopsie (15 janvier 1878). — Il existe une fusée purulente dans le psoas droit, dans l'épaisseur même de ce muscle. Elle descend derrière le petit trochanter, le contourne, passe en arrière du fémur en haut, et vient former derrière le col un cloaque qui s'ouvrira sur la peau. Cette fusée, poursuivie en haut, arrive jusqu'au corps des dernières vertèbres lombaires qui sont atteintes d'ostéite. L'articulation de la hanche est absolument saine. Le prolongement de la synoviale sous le psoas est un peu épaissi et forme un petit bourrelet fongueux, mais l'articulation proprement dite est intacte. Les cartilages et la synoviale sont absolument normaux. La fusée purulente est en plein muscle et non sur la face postérieure du muscle.

Du côté gauche, fusée purulente analogue descendant en avant du fémur, contournant le col et venant aussi en arrière s'ouvrir à la peau. Ici, la face antérieure de la capsule est épaissie et fongueuse, la synoviale est également épaissie en bourrelet au niveau de sa réflexion sur le col. Toutefois, s'il y a arthrite fongueuse, à proprement parler, la cavité articulaire est saine ainsi que les os; tout se borne à l'épaississement synovial par continuité de tissu.

Les troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires sont altérées, ainsi que les fibro-cartilages correspondants. L'état de ces vertèbres rappelle celui d'os qui ont macéré longtemps dans les foyers de suppuration avec un mélange de sang. Les os sont

noirs, imbibés d'une sanie purulente qui leur donne une coloration noirâtre et ardoisée.

Le foie est volumineux et gras. Dans le rein gauche, la substance corticale est dégénérée, jaunâtre, grasse; la substance médullaire a subi la même altération; le rein droit présente un mélange de parties congestionnées et de parties jaunâtres.

Les poumons ne sont pas tuberculeux; on ne trouve qu'un noyau tuberculeux crétaqué dans le sommet du poumon gauche.

Obs. XXXV. — *Mal de Pott dorsal supérieur; contractures provoquées par l'examen de l'enfant et par la marche.* — Hérault (François), âgé de sept ans et demi, entre à l'hôpital Trousseau le 6 janvier 1886. Sa mère a été soignée à l'hôpital Saint-Louis pour un lupus de la face qui durait depuis quatre ans et qui a été guéri l'année dernière. Étant jeune fille, elle avait eu des poussées périodiques d'érysipèle de la face.

Depuis trois mois environ, l'enfant se plaint de douleurs lombaires; depuis quinze jours, il ne peut plus marcher.

État actuel (7 janvier 1886). — Il existe à la région dorsale une gibbosité considérable, étendue de la première à la quatrième dorsale. Cette courbure est exclusivement médiane. Les quatre premières vertèbres dorsales sont sensibles à la pression. Lorsqu'on fait exécuter les mouvements, il se produit une contracture très accusée des muscles. Cette contracture est moindre au repos. On provoque facilement la trépidation épileptoïde par le relèvement de la plante du pied. La sensibilité est normale, le réflexe rotulien conservé. Lorsqu'on fait marcher l'enfant, il se raidit et avance difficilement; mais si on l'examine quelques heures plus tard, on voit que la contracture a disparu entièrement. Il peut faire mouvoir ses jambes dans tous les sens. La trépidation épileptoïde ne peut plus être provoquée. La sensibilité est normale. Les mains sont cyanosées.

Obs. XXXVI. — *Mal de Pott lombaire, hydarthrose du genou.* — Wiard (Henri), âgé de huit ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 43.

Cet enfant fit une chute dans la rue le 2 mai; il put se relever sans éprouver de douleur et continuer à marcher sans le moindre accident. Le lendemain, 3 mai, se montrait un gonflement du genou

qui est allé en augmentant depuis. Au moment de l'entrée à l'hôpital on trouve une hydarthrose abondante. Les autres jointures ne sont pas douloureuses; il n'y a pas de réaction fébrile. On pense tout d'abord à un épanchement traumatique; mais l'examen plus complet du malade révèle l'existence d'un mal de Pott. Une légère gibbosité correspond aux deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires; la troisième est surtout saillante. Le rachis forme en même temps une légère convexité droite. De ce côté, la masse musculaire sacro-lombaire est bombée et dure, sans œdème de la région; à gauche, il y a aplatissement relatif. Pas de douleur locale ni sur les vertèbres, ni dans le voisinage. Aucune trace d'abcès par congestion, ni d'engorgement ganglionnaire aux aines. Aucun symptôme médullaire: ni douleur, ni fourmillements dans les jambes, ni troubles de la marche.

Ponction du genou, le 11 mai 1887.

Le membre étant allongé, la tension du liquide prise avec l'hémodynamomètre de Ludwig est de 5 à 6 millimètres; lorsqu'on fléchit le membre à 90° (et on ne peut aller plus loin), la tension s'élève à 30 millimètres. Le liquide extrait par cette ponction présente la consistance de la synovie; il est huileux, sa coloration est louche; on recueille environ 20 grammes de liquide. Les culs-de-sac de la synoviale sont épaissis et gonflés. On applique un bandage ouaté compressif.

Le 1^{er} juin, le liquide est à peine reproduit; on cesse la compression, et on met un appareil inamovible. La guérison est complète le 15 juin.

Obs. XXXVII. — *Mal de Pott dorsal supérieur. Déformation rachitique et gibbosité très accentuée du thorax. Paraplégie. Eschares. Œdème des membres inférieurs. Érection.* — Mijon (Émile), âgé de dix ans, entre, le 5 décembre 1877, à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 15.

Sa mère est bien portante; son père est un peu voûté, peut-être un peu rachitique. Vers l'âge de deux ans, l'enfant a eu une singulière déviation du thorax, pour laquelle aucun appareil n'a été appliqué. Il y a quatre ans, Mijon marchait normalement et pendant longtemps; mais, il y a trois mois, il a commencé à se fatiguer et à refuser de marcher. Depuis cette époque, il a éprouvé des douleurs dans le côté droit; il laissait quelquefois échapper ses matières invo-

lontainement. Son caractère s'est modifié : il est devenu violent, emporté ; aujourd'hui il est doux ; il est d'ailleurs intelligent. Malgré cet ensemble de troubles, il n'a pas cessé d'aller en pension jusqu'au mois de septembre dernier ; il avait abandonné ses jeux, mais il allait à l'école avec plaisir. A partir d'octobre, Mijon n'a plus voulu se lever. La paralysie s'est prononcée davantage. Une bosse dorsale s'est montrée au mois d'avril dernier.

Déformation actuelle du thorax. — Le sternum se dirige très obliquement de bas en haut et d'arrière en avant ; l'extrémité sternale supérieure, le nez et le front sont sur un même plan quand l'enfant est dans la position horizontale. Les côtes sternales, recouvertes par les pectoraux, donnent en haut à la poitrine la forme d'un écusson saillant qui va rejoindre les épaules ; tandis que de chaque côté du sternum, à l'origine des fausses côtes, il existe deux creux énormes, deux gouttières où l'on peut enfoncer la main et qui se dirigent en arrière et en haut vers l'angle postérieur de l'omoplate. Ces gouttières sont osseuses et limitées en dedans par le sternum, en dehors par la saillie des fausses côtes. Il existe des dépressions très accentuées au niveau des cartilages, mais moins profondes à mesure qu'on remonte vers le corps osseux des côtes. Ces dépressions sont dues manifestement aux muscles dentelés, à la portion de ces muscles qui s'insère aux septième, huitième, neuvième et dixième côtes. Le bord inférieur du thorax correspondant aux fausses côtes est relevé et assez ouvert. On comprend alors que le diamètre antéro-postérieur du thorax soit augmenté, ainsi que le diamètre transverse, tandis que le diamètre vertical est diminué. Ce sont les seules marques de rachitisme que porte l'enfant ; les malléoles sont normales, les os de la jambe ne sont pas arqués, les genoux ne sont pas gros, les membres supérieurs ne sont pas déformés.

Mal de Pott. — La gibbosité occupe la région dorsale depuis la septième vertèbre cervicale jusqu'à la septième dorsale ; elle est très considérable. Elle n'est pas arrondie, elle n'est pas non plus angulaire, parce qu'il y a deux vertèbres, les quatrième et cinquième dorsales, qui sont aussi saillantes l'une que l'autre. La gibbosité est médiane ; les bords des omoplates sont très écartés.

De la disposition de la courbure il résulte que la tête paraît comme rentrée dans les épaules ; par suite d'une courbure cervicale à concavité postérieure très prononcée et très courte, la nuque a, pour ainsi dire, sa place sur la gibbosité. Au-dessous de la gibbosité, au

lieu de la convexité dorsale ordinaire, il existe une concavité qui s'étend jusqu'à la première lombaire où la colonne vertébrale devient droite. Quand le sujet est assis, on aperçoit une légère courbure latérale. Les vibrations thoraciques sont plus fortes au-dessus qu'au-dessous de la gibbosité. La voix prend à son niveau un timbre métallique éclatant qu'elle n'a pas au-dessous. Les mouvements du rachis sont très faciles au-dessous de la gibbosité.

Rien du côté des voies urinaires, ni incontinence, ni miction trop fréquente ; quelquefois perte involontaire des matières. Rien du côté des membres inférieurs ni du côté des yeux. Au début, l'enfant avait ressenti des douleurs de côté ; elles ont disparu depuis l'apparition de la gibbosité. Expectoration quelquefois difficile, accompagnée d'étouffements.

Sur les membres inférieurs la sensibilité est normale ; quelques fourmillements dans le pied gauche, quelques crampes dans les mollets, diminution des mouvements volontaires, marche impossible sans appui, tels sont les troubles principaux. Au lit, les deux membres sont allongés, les pieds dans l'extension, en équinisme ; la flexion du pied est impossible ; la jambe ne peut non plus se fléchir sur la cuisse qu'avec un certain effort ; il y a donc de la contracture musculaire. Les mouvements volontaires de flexion de la jambe et de la cuisse ne se font qu'après un long effort. Lorsqu'on a répété ces mouvements deux ou trois fois, ils deviennent plus aisés.

Les réflexes sont plus marqués à droite qu'à gauche ; de même l'épilepsie spinale est facile à provoquer à droite.

20 février. — L'enfant allait bien, lorsqu'il y a trois jours, il s'est produit un œdème des membres inférieurs avec légère dilatation veineuse vers le cou-de-pied. Cet œdème a augmenté ; aujourd'hui il occupe la paroi abdominale. Les veines de cette paroi abdominale sont un peu dilatées ; la respiration est un peu gênée. Le pouls est petit, presque filiforme. Les bruits du cœur sont irréguliers et confus, peut-être accompagnés d'un très léger souffle.

Des eschares se produisent au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure, en arrière du grand trochanter gauche, sur le grand trochanter droit, au niveau des deux malléoles externes, au niveau du cinquième métatarsien droit, au niveau du talon gauche, au niveau du condyle interne du fémur gauche. La paralysie des membres inférieurs est complète depuis une dizaine de jours.

25 février. — La sensibilité est entièrement abolie sur le pied

gauche, presque complètement sur le pied droit et sur les deux jambes; elle est très affaiblie sur les cuisses. Les mouvements volontaires sont nuls des deux côtés, mais les mouvements réflexes sont extrêmement prononcés. La moindre piqûre provoque des mouvements réflexes de tout le membre. L'enfant n'a pas conscience de ces piqûres. L'œdème des deux membres inférieurs a diminué notablement; il existe un léger épanchement dans le genou gauche.

Nous avons remarqué hier et aujourd'hui une érection que l'exposition à l'air des organes génitaux rend plus marquée. Tympanisme abdominal très prononcé.

6 mars. — Même état. Œdème considérable de la peau de la verge avec rougeur et léger phymosis inflammatoire. L'œdème des membres est un peu moins accentué. Incontinence vésicale et rectale.

11 mars. — La verge est rouge, œdémateuse; le scrotum est sain, de même que les parties voisines. L'érection persiste. L'œdème des deux membres inférieurs a presque disparu; quelques petites eschares superficielles qu'ils présentaient se sont cicatrisées; celles du grand trochanter et du sacrum sont, au contraire, devenues énormes de même que celles du talon gauche et de la malléole externe. En un mot, les eschares qui sont le siège d'une pression continue s'agrandissent, les autres se cicatrisent. Léger météorisme abdominal.

22 mars. — La congestion de la verge et les érections ont disparu.

8 avril. — Mort par asphyxie. On n'a pu faire l'autopsie, l'enfant étant réclamé.

Obs. XXXVIII. — *Mal de Pott dorsal supérieur.* — *Vaste abcès symptomatique.* — *Altération superficielle de quinze corps vertébraux.* (Voir pl. II, p. 57.) — Garçon de quatre ans, mort en 1887. — Venu du service des chroniques sans renseignements.

Autopsie. — Il existe une gibbosité dorsale supérieure saillante dont le sommet est formé par la troisième vertèbre dorsale; le segment inférieur est porté en arrière et tend à remonter en haut et à droite; le segment supérieur a une direction inverse. En avant et sur la colonne vertébrale, on note un vaste abcès s'étendant en haut jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale, occupant toute la région thoracique et allant jusqu'à la deuxième lombaire; la paroi de cet énorme abcès est doublée par la plèvre pariétale et la plèvre médiastine.

Incisée, la paroi interne de l'abcès se montre avec un aspect gri-

sâtre, tomenteux; des fongosités abondantes recouvrent les corps vertébraux. Ces fongosités par places et particulièrement sur les côtés des vertèbres sont plus épaisses, plus résistantes, et forment des tractus qui s'étendent de la colonne vertébrale à la paroi voisine de la poche sur une longueur d'un centimètre et demi environ.

Les corps vertébraux, qu'on ne peut distinguer qu'après avoir gratté l'épaisse couche de fongosités qui les recouvre, sont malades dans toute l'étendue qui répond à la poche, c'est-à-dire de la cinquième cervicale à la deuxième lombaire. Ces corps vertébraux ont une coloration grisâtre; ils présentent à leur surface antérieure une foule d'ulcérations qui s'étendent jusqu'aux apophyses transverses.

Au milieu de ces ulcérations, on note sur la plupart des vertèbres malades des cavernes pouvant loger un gros pois, presque une noisette, et remplies par une substance jaunâtre, épaisse. Ces cavernes ont leurs plus grandes dimensions sur les dernières vertèbres dorsales.

Les disques intervertébraux eux-mêmes sont altérés à leur face superficielle; les bords qui les délimitent sont devenus irréguliers; en un mot, l'ulcération des corps vertébraux s'est étendue sur eux.

Enfin il existe dans la cavité thoracique un second abcès indépendant du précédent. Cet abcès, qui a le volume d'un gros œuf de dinde, est situé à la partie supérieure du thorax, du côté droit; il s'étend en hauteur du deuxième au quatrième espace intercostal. Sa membrane d'enveloppe est doublée à la partie interne par la plèvre pariétale que l'abcès a décollée de la paroi costale et refoulée dans la cavité thoracique. Cet abcès est en rapport avec une ostéite ulcéreuse de la troisième côte qui est dénudée dans une étendue de 6 à 7 centimètres; il proémine exclusivement dans le thorax.

Obs. XXXIX. — *Mal de Pott lombaire.* — *Luxation spontanée latérale de la colonne lombaire sur le sacrum.* — *Tuberculose sacro-iliaque.* — *Trajets fistuleux multiples.* (Voir fig. 29, p. 195.) — Boulanger, âgé de neuf ans et demi, mort en novembre 1884; mal de Pott remontant à trois ans.

Autopsie. — Les deux poumons sont infiltrés de tubercules.

Altérations du rachis. — Les altérations osseuses portent sur le corps de la dernière vertèbre lombaire et seront décrites plus loin. L'articulation sacro-vertébrale est aussi atteinte; son cartilage a disparu et des fongosités s'engagent dans le corps de la dernière ver-