

2° *Troubles de la motilité.* — Au début on observe des crampes, des secousses convulsives pouvant même aller jusqu'à l'épilepsie spinale; puis survient la paralysie avec flaccidité qui serait suivie ultérieurement de contractures et de rétraction musculaire. Il y a en même temps rétention d'urine, constipation, incontinence ou selles involontaires. L'action réflexe augmente à mesure que la dégénération de la portion comprimée devient complète.

3° *Troubles nutritifs.* — Ce sont les mêmes que ceux qui ont été décrits plus haut; ils apparaissent en général tardivement. La compression peut n'intéresser qu'une portion de la moelle (hémiparaplégie, hémianesthésie); de là des phénomènes partiels sur lesquels nous avons insisté (troubles oculo-pupillaires, toux, dyspnée, gêne de la déglutition). Souvent aux symptômes de compression s'ajoutent ceux de myélite centrale ou diffuse qui parfois dominent la scène, dans le cas de tumeurs, par exemple.

La réparation est possible, avons-nous dit, si la cause vient à être enlevée, mais elle aura d'autant moins de chances de se produire que les désordres médullaires sont plus anciens, plus étendus. On admet aujourd'hui qu'il peut se faire une réparation et une reproduction des tubes nerveux détruits.

5° RUPTURES DE LA MOELLE

A la suite de violents traumatismes du rachis on ne constate pendant la vie ou aux autopsies aucune lésion vertébrale, cependant il y a des troubles nerveux graves et l'autopsie révèle des lésions médullaires. Dans ces cas on dit qu'il y a eu élongation et rupture partielle ou totale de la moelle. Les inflexions brusques de la colonne sont les causes ordinaires de cette variété de traumatismes. WALTHER aurait trouvé une rupture du bulbe, BETZ un ramollissement de la moelle. Comme les degrés moins avancés sont compatibles avec la vie et même la guérison, on n'a pas eu souvent l'occasion de constater les lésions initiales. A côté des ruptures il convient de mentionner l'élongation simple sans lésions, due à l'écartement exagéré des vertèbres. BOYER et d'autres ont observé des faits de ce genre.

CHAPITRE III

LÉSIONS TUBERCULEUSES ET SYPHILITIQUES DU RACHIS

§ 1^{er}. — Du mal vertébral ou ostéo-périostite tuberculeuse des vertèbres

SYNONYMES. — Mal de POTT. — Carie vertébrale. — Affection tuberculeuse des vertèbres. — Arthrite vertébrale.

Bibliographie. — LEDRAN, *Observ. de chir.*, 1731. — P. POTT, *Oeuvres chirurg.*, trad. Duchannoy, 1777-1792. — BRODIE, *Mal. des articul.*, trad. Marchand, 1819. — DELPECH,

Traité de l'orthomorphie, 1828, 2 vol. — NICHET, in *Gaz. méd. de Paris*, 1835 et 1840. — BOUJOT SAINT-HILAIRE, *Mém. sur les abcès par congestion*, Paris, 1834. — TAVIGNOT, in *J. l'Expérience*, 1844. — LENOIR, in *Arch. gén. de méd.*, 3^e S. 1840, t. IX, p. 461. — PARISE, in *Arch. gén. de méd.*, 1844, t. XLII, p. 203. — BONNET, *Traité des mal. des articulations*, Lyon, 1845, t. II, p. 497. — BOUVIER, *Leçons cliniques sur l'appareil locomoteur*, 1858, et *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VIII, 1857-58, et *Arch. gén. de méd.*, janv. 1857. — REYHER, in *Arch. de Langenbeck*, t. XIX, 1876. — *Revue de Hayem*, t. XIV, 1879. — SAYRE, in *Dublin J. of Med. Science*, déc. 1877. — MAAS, in *Berlin. klinisch. Wochens.*, 1874, p. 534. — BARWELL, in *The Lancet*, 1876. — DE SAINT-GERMAIN, *Chirurgie orthopédique*, Paris, 1883.

Thèses de Paris. — 1836, NÉLATON. — 1850, RIPOLL. — 1854, CHOPIN. — 1857, PAIN. — 1859, GUÉRINEAU. — 1860, G. ÉCHEVERRIA. — 1867, POULIOT. — 1868, QUINTAA. — 1869, BAUTIER. — 1871, MICHAUD. — 1873, CHÉNIEUX. — 1874, MAGINEL, COUDRY, DELEBECQUE, VINCENDON. — 1875, PAPAZIAN, COURJOU, VUILLEMIN, SOLLAUD. — 1876, RICARD, TRILHE. — 1877, COLAS. — 1878, PUEL (Agrég.). — 1879, SIGNEZ. — 1880, BOYER, CADEILHAN. — 1880, BROTTET (Lyon). — 1881, TOULOUZE (Bordeaux).

Articles RACHIS et MOELLE des *Dictionnaires* et *Classiques*.

Historique. — Le mal vertébral ou mal de Pott est connu depuis la plus haute antiquité; la gibbosité, la paralysie, les abcès par congestion qui sont les symptômes ordinaires de cette affection, ne pouvaient en effet passer inaperçus. Cependant il faut arriver aux travaux de LEDRAN (1731), de P. POTT (1778) pour trouver un exposé synthétique de la maladie appelée mal vertébral par DUCHANNOY. Déjà à cette époque on savait que les gibbosités étaient dues à la présence de masses tuberculeuses dans les vertèbres, de sorte qu'on retrouve en germe dans les écrits du siècle dernier les notions actuelles sur la nature de la maladie.

Jusqu'à ces dernières années les opinions émises sur la nature du mal de Pott étaient au nombre de trois.

1° Les uns, sans être exclusifs, acceptent avec LAËNNEC, NICHET, DELPECH, PARISE, REID, NÉLATON, l'origine tuberculeuse du mal vertébral. Les plus avancés admettent que la carie vertébrale est l'exception, le tubercule la règle.

2° Tous les chirurgiens, reconnaissant la carie des os comme une entité morbide, attribuent une large part à cette affection dans la production du mal de Pott.

3° Quelques auteurs décrivent une troisième origine d'après les idées de RIPOLL (1850), SCHÜTZENBERGER, BROCA; le mal débiterait dans les disques intervertébraux et serait une arthrite vertébrale.

Tel était l'état de la question lors de la discussion de la Société de chirurgie, en 1858. Cependant les cliniciens, BOUVIER entre autres, soutenaient l'unité de l'affection. Depuis la question, a été intimement liée à celle du tubercule et des ostéites, c'est-à-dire qu'il faut arriver au temps tout présent pour trouver des notions plus précises sur la nature de la maladie. LANNELONGUE (1880) démontre que les parois des abcès par congestion sont tuberculeuses, et conclut à la nature tuberculeuse de l'affection osseuse; les travaux de KIENER et POULET qui établissent l'identité de l'ostéite tuberculeuse et de la carie, ont jeté sur ce sujet une véritable lumière. G. FEURER en Allemagne a pu lui aussi constater

la nature tuberculeuse des caries vertébrales. Quant à l'arthrite vertébrale, elle ne saurait être considérée comme une maladie distincte, et dans tous les cas où elle existe, on retrouve dans les vertèbres les lésions tuberculeuses caractéristiques. Nous croyons donc inutile de suivre les auteurs classiques dans l'exposé si complexe du mal vertébral et de décrire trois variétés du mal de Pott. Il nous semble beaucoup plus juste et conforme à la vérité, de rapporter aux trois formes de l'ostéite tuberculeuse les divers types qui constituent cette affection.

Étiologie. — Nous ne sommes pas éloignés du temps où l'on rattachait le mal vertébral aux causes les plus banales ; scrofule, tubercule, rhumatisme, syphilis, arthritisme, affections nerveuses, ont été successivement invoqués. Aujourd'hui l'anatomie pathologique, l'inoculation des produits, la recherche et la culture des bacilles, ont amplement prouvé que le plus grand nombre des maux de Pott sinon tous sont de nature tuberculeuse.

Parmi les causes prédisposantes nous signalerons : 1° *L'âge* ; l'enfance est plus exposée au mal vertébral, surtout de trois à cinq ans ; cependant les adolescents, les adultes n'en sont pas exempts et on a cité des cas de gibbosité chez des vieillards. 2° *Le sexe féminin* y serait plus prédisposé, fait controversé. 3° *Traumatisme.* Personne ne conteste l'influence exercée par le traumatisme sur la production du mal vertébral et c'est un point sur lequel nous avons déjà attiré l'attention en parlant de l'ostéite tuberculeuse. Tous les coups, les chutes, les contusions qui intéressent le rachis, prédisposent au mal vertébral ; ce sont en effet des points faibles où se localise l'action des germes spécifiques ; il ne faut pas néanmoins attacher, à l'exemple des Américains, une importance trop grande à cette cause. En effet, les parents ou les malades invoquent toujours une origine traumatique pour excuser une altération du sang ; en outre les malades et surtout les adultes ne s'aperçoivent de leur mal qu'à l'occasion d'un effort, d'une chute, etc. 4° Toutes les causes qui en affaiblissant l'organisme, augmentent les chances de réceptivité du germe tuberculeux, prédisposent au mal de Pott. Cette étiologie banale ne saurait nous retenir, pas plus que l'influence néfaste attribuée à la masturbation, depuis BOYER.

Anatomie pathologique. — Nous retrouvons dans le mal vertébral les mêmes lésions élémentaires, les mêmes formes cliniques que dans l'ostéite tuberculeuse. Ces trois grandes formes sont : 1° le tubercule primitif et chronique ; 2° le tubercule tardif à évolution rapide ; 3° l'ostéite tuberculeuse aiguë.

Ces altérations présentent des foyers uniques ou multiples qui portent tantôt sur les lames ou l'épine de la vertèbre, plus communément sur les corps. D'un autre côté, presque toutes ces formes, surtout celles qui sont envahissantes, intéressent tôt ou tard un ou plusieurs disques intervertébraux. Il ne nous semble pas que cette raison soit suffisante pour décrire isolément une arthrite vertébrale.

Après avoir succinctement passé en revue les trois formes de la tuberculose vertébrale, il y aura lieu d'étudier les lésions diffuses périphériques et les modifications qui surviennent fréquemment dans la colonne vertébrale (gibbosité),

dans la moelle et ses enveloppes et le mode d'évolution des abcès ossifluents ou par congestion.

Formes de la tuberculose vertébrale. — Première forme. — Tubercule primitif et chronique. — Dans ce cas, le tubercule osseux est généralement la première manifestation de la maladie parasitaire dans l'économie. Elle apparaît dans un organisme encore fort, résistant et affecte des allures spéciales. On y retrouve les trois variétés ordinaires.

a). Le tubercule primitivement gros comme un pois ou une noisette, envahit insensiblement tout un corps vertébral ; il arrive ainsi au fibro-cartilage d'une part, à la périphérie de la vertèbre de l'autre. Comme ce travail se fait lentement, le périoste de la vertèbre s'épaissit, s'ossifie et il en résulte de véritables stalactites osseuses qui s'étendent d'une vertèbre à l'autre (fig. 26). Le cartilage intermédiaire privé de ses moyens de nutrition est souvent altéré,

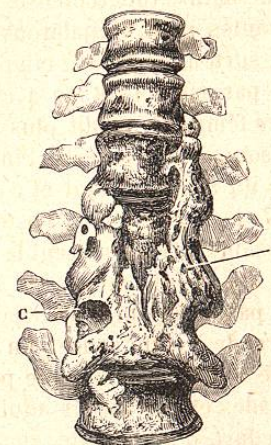


Fig. 26. — Mal de Pott lombaire. — A. Jetées osseuses périphériques qui produisent l'ankylose. C. Cloaque conduisant à une cavité tuberculeuse avec séquestre. (Musée du Val-de-Grâce.)

désagrégé, détruit. A mesure que le tubercule s'étend à la périphérie, les produits du centre sont susceptibles de se ramollir, de provoquer de la suppuration et de se faire jour à travers les couches osseuses nouvelles pour aller former les abcès par congestion. L'ostéite est raréfiante à la partie centrale, condensante à la périphérie.

b). Tubercule circonscrit avec séquestre. Cette variété est l'une des plus intéressantes, parce qu'elle est susceptible de guérir ou de rester très longtemps stationnaire. Au début on constate seulement une tache blanc-jaunâtre, assez régulièrement arrondie, nettement isolée du tissu ambiant normal ou légèrement hyperhémie. Un peu plus tard les trabécules situées à la périphérie de la tache se résorbent, un sillon de démarcation s'établit entre le tubercule et le tissu sain (fig 27). La masse tuberculeuse circonscrite, constituée par un séquestre condensé dont les aréoles sont remplies de matière tuberculeuse, s'isole ainsi peu à peu et acquiert insensiblement de la mobilité. Le tissu osseux

qui forme la paroi de cette loge ou caverne; se recouvre d'une membrane fongueuse suppurante et les produits qu'elle sécrète se font jour au dehors par le chemin le plus court. Telle est l'origine d'abcès ossifluents uniques ou mul-

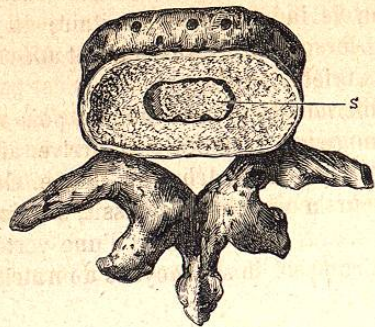


Fig. 27. — Tubercule circonscrit avec séquestre du corps d'une vertèbre.

tiples qui font saillie en avant, en arrière ou sur les côtés du corps vertébral. Ces phénomènes évoluent généralement avec une très grande lenteur; les

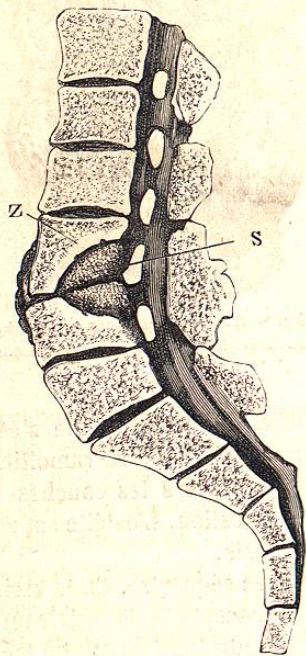


Fig. 28. — Mal de Pott. — Tubercules vertébraux circonscrits avec séquestres. — S. Séquestres. Z. Zone d'ostéite condensante éburnée. (Musée du Val-de-Grâce.)

abcès par congestion s'accroissent peu à peu, s'éloignent du foyer primitif, arrivent à la peau et s'ouvrent, sans que de notables modifications se soient produites au niveau du foyer primitif. Les séquestres complètement isolés sont

invaginés dans la caverne à la façon d'un grelot, et l'orifice qui donne issue à la suppuration est rarement assez large pour leur livrer passage (fig. 28); cependant cette terminaison est possible. L'irritation que leur présence détermine entretient la suppuration; cet état de chose persiste souvent pendant des mois et des années, parfois indéfiniment. La guérison est possible quand le séquestre est éliminé, lorsque les granulations tuberculeuses des parois perdent leurs caractères infectieux. De même il n'est pas absolument rare de rencontrer des foyers tuberculeux en quelque sorte guéris, sans suppuration.

Pendant que ces phénomènes se passent au niveau du foyer, on constate souvent, surtout dans l'enfance, des troubles fonctionnels graves, l'affaissement d'un ou de plusieurs corps vertébraux, la production des gibbosités classiques.

3^e Variété. Tubercule enkysté de NÉLATON. La forme enkystée, la première

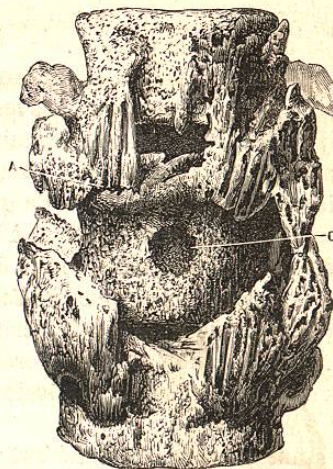


Fig. 29. — Carie d'une vertèbre lombaire consécutive à un tubercule circonscrit central. C. Cavité ayant contenu un tubercule. — A. Ankylose par jetées périphériques. (Musée du Val-de-Grâce.)

connue, a été bien décrite par NÉLATON. « Sur une ou plusieurs vertèbres à la fois, dit PUEL, et dans une étendue plus ou moins considérable de leur corps, rarement de leurs arcs ou de leurs apophyses, on rencontre soit à la coupe, soit à leur périphérie, des ilots tranchant par leur aspect, leur consistance avec celle des parties voisines qui, à l'œil nu, ont toutes les apparences de l'état sain. Ces noyaux sont quelquefois multiples sur chaque vertèbre, mais souvent il n'y en a qu'un. Ils apparaissent tantôt en avant, tantôt en arrière du corps de la vertèbre; les régions où on les observe le plus fréquemment sont en premier lieu la région dorsale, puis la région lombaire et la région cervicale. »

NÉLATON a comparé avec raison le contenu de ces cavités kystiques à du mastic de vitrier; il en a en effet la couleur jaune-grisâtre, la consistance. Il n'y a ordinairement plus trace d'os dans ces tubercules, dont le volume varie entre un pois et une grosse noisette; probablement la trame osseuse a été résorbée par l'ostéite raréfiante avant la caséification complète du foyer tuber-

culeux. On a beaucoup discuté sur la nature du contenu des trabécules enkystées ; il n'y a pas autre chose que les produits nécrobiotiques de la moelle ; les vaisseaux sont oblitérés et les éléments ont presque complètement perdu leur structure (fig. 29).

La cavité qui contient le tubercule présente ordinairement une surface rugueuse que NÉLATON comparait à la langue des carnassiers. Existe-t-il une membrane entre l'os et le contenu caséux ? Admise par les uns, niée par les autres, elle ne fait jamais défaut lorsque le contenu de la cavité s'est fait jour au dehors.

Le tissu osseux ambiant ordinairement condensé, présente les mêmes caractères que dans la variété précédente. Quand ces tubercules sont situés près du cartilage ils s'y creusent une loge plus ou moins vaste. L'évolution ultérieure est la même que pour la variété avec séquestre, mais l'élimination des produits, toutes choses égales, se fera plus facilement ; les chances de guérison sont par suite plus grandes. D'ailleurs la suppuration de ces tubercules enkystés n'est pas fatale ainsi que nous le verrons.

Deuxième forme. — Tubercule tardif à évolution rapide. Cette seconde forme existe aussi bien dans les vertèbres que dans les autres os ; elle apparaît de préférence chez les sujets débilités, dans un organisme épuisé par la misère physiologique, la suppuration antérieure, dans les os atteints pour ces diverses causes de raréfaction graisseuse, gélatineuse, etc. Ce qui la caractérise, c'est sa marche plus rapide, sa tendance à la destruction et à la diffusion. Avant qu'on sût qu'elle était de nature tuberculeuse, cette forme était rattachée à la carie, et MICHEL l'expliquait en admettant une *fonte moléculaire*. Elle correspond encore, au moins en partie, à ce que NÉLATON a décrit sous le nom d'infiltration grise, demi-transparente et jaune. Les recherches récentes ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse de ces lésions dont nous décrivons deux variétés.

1° Le tubercule envahissant à séquestre adhérent ; 2° le tubercule circonscrit diffus avec petits séquestres entourés de fongosités suppurantes.

1^{re} *Variété.* — L'affection essentiellement destructive, débute dans le corps de la vertèbre ou à sa périphérie ; dans l'un ou l'autre cas elle envahit de proche en proche les tissus ambiants à la façon d'un ulcère rongeur. On y retrouve encore les trois zones ; l'une centrale formée par les détritits caséux et des trabécules nécrosées ; la seconde, fongueuse, extérieure à la précédente constituée par des bourgeons charnus, tuberculeux, exubérants, logés dans les interstices qui séparent les trabécules adhérentes ; la troisième zone, périphérique, est riche en follicules tuberculeux. Cette carie tuberculeuse suppure abondamment et aboutit à la formation de vastes abcès ossifluents ; qu'elle débute par la superficie ou le centre, elle a une tendance destructive très marquée et amène habituellement l'affaissement d'un ou de plusieurs corps vertébraux, c'est-à-dire la gibbosité.

2^e *Variété.* — Les choses se passent un peu différemment dans l'autre variété, où l'on rencontre ordinairement autour d'un foyer primitivement circonscrit, un plus ou moins grand nombre de foyers secondaires disséminés çà et là, contenant de petits séquestres libres et entourés de fongosités suppu-

rantes. La figure 30 représente un exemple frappant de cette variété ; on y voit sur la vertèbre macérée, les loges occupées par ces petits foyers. En se réunissant, ces tubercules épars, qui ont tendance à s'accroître, amènent également la destruction du tissu osseux et compromettent la solidité de la colonne.

Troisième forme. — Ostéite tuberculeuse aiguë. Il existe encore dans les vertèbres une forme aiguë du mal de Pott qui, selon toutes probabilités est, comme les autres, de nature tuberculeuse.

Cependant le défaut d'examen histologique personnel nous oblige à y rattacher les lésions qui ont été signalées par VERNEUIL, LANNELONGUE et son élève CADEILHAN. VERNEUIL a décrit des abcès sous-périostés du corps des vertèbres, analogues à ceux de la périostite phlegmoneuse diffuse des membres ; ils ont pour siège les parties superficielles de la vertèbre et engendreraient le *mal de Pott périphérique*. LANNELONGUE admet l'existence d'une *ostéomyélite aiguë* du corps des vertèbres ; dans cette affection, « le corps de la vertèbre est le siège

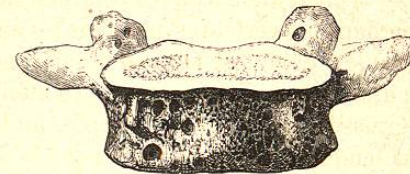


Fig. 30. — Carie vertébrale (deuxième forme.) — Foyers secondaires disséminés contenant de petits séquestres. (Musée du Val-de-Grâce.)

d'une infiltration purulente en masse, étendue à tout le corps de la vertèbre ramollie et imprégnée de pus, survenue en quelques jours avec des phénomènes généraux très graves, en un mot avec tous les symptômes de l'ostéomyélite aiguë dite foudroyante qu'on observe quelquefois dans les inflammations osseuses des membres ». Les lésions décrites par ces auteurs n'ont pas été étudiées histologiquement, et l'analogie qu'elles présentent avec l'ostéite tuberculeuse aiguë décrite ailleurs, nous fait penser qu'il s'agit là de la même affection. De nouvelles recherches sont nécessaires pour trancher la question ; toutefois la lecture des observations réunies par CADEILHAN, semble favorable à notre interprétation.

Lésions du voisinage. — L'ostéite tuberculeuse vertébrale intéresse presque toujours à des degrés divers les organes voisins, les disques intervertébraux, la moelle et les méninges rachidiennes. Il faudrait encore noter ici les ulcérations des artères qui, comme la vertébrale, l'aorte (FULLER) ont des rapports immédiats avec les vertèbres.

1° *Disques intervertébraux.* — Les lésions des disques fibro-cartilagineux ne sont pas rares, et elles consistent généralement dans une destruction partielle ou totale de l'organe. RIPOLL a le premier émis l'idée que le mal de POTT débutait dans certains cas par le fibro-cartilage et c'est à lui que l'on doit la théorie de l'arthrite vertébrale soutenue depuis par SCHUTZENBERGER, BROCA, VILLEMEN, SOLLAUD, etc., et décrite par les auteurs classiques. Au début la sub-

stance molle centrale perdrait ses caractères pour devenir sèche ; peu à peu elle se ramollit et au bout d'un certain temps on n'en trouve que des rudiments. Dans la *polyarthrite* vertébrale de BROCA, AZAM, l'affection intéresse un certain nombre de disques. Cette forme du mal de Pott ne mérite pas une description isolée : 1° parce qu'il existe toujours des lésions osseuses de voisinage et que l'altération du disque est secondaire ; 2° parce que le cartilage, n'étant pas vasculaire, le tubercule ne peut vraisemblablement pas s'y développer, et les lésions qu'on y observe sont intimement liées à celles des parties voisines ; 3° les études faites sur ce sujet remontent à une époque où la nature véritable des lésions osseuses était encore méconnue.

Néanmoins nous croyons devoir attirer l'attention sur ces altérations qui contribuent à la production des gibbosités. Il n'est pas rare de voir à la région lombaire, chez les adultes, des jetées osseuses périphériques réunir deux vertèbres et suppléer dans une certaine mesure à la destruction d'un disque vertébral. Ajoutons encore que les articulations diarthrodiales des apophyses transverses sont assez souvent altérées dans le mal vertébral.

Moelle et méninges. — Un fait bien digne de fixer l'attention est le défaut de corrélation entre les désordres osseux et médullaires. Il arrive assez fréquemment qu'on trouve la moelle intacte avec des lésions osseuses graves. Ordinairement la moelle se coude comme la colonne vertébrale et il peut en résulter un ramollissement qui siège soit au niveau de la convexité, soit au niveau de la concavité de l'angle. Outre la compression due à la flexion angulaire des corps vertébraux, la moelle peut encore être intéressée par la saillie d'un séquestre, par une collection purulente qui proémine sous le ligament vertébral postérieur.

Enfin la dure-mère rachidienne est susceptible de se tuberculiser, de s'épaissir (*pachy-méningite externe* de MICHAUD) au contact d'un foyer caséux ou purulent ; les follicules tuberculeux peuvent même occuper les couches profondes de cette membrane et donner lieu à ces masses étudiées par CORNIL.

Les altérations de la moelle dans le mal de Pott ont été l'objet de travaux multiples parmi lesquels il faut citer ceux de LOUIS, TÜRK, CHARCOT, BOUCHARD, VULPIAN, MICHAUD, SIGNEZ. Sans entrer dans des détails histologiques qui trouveraient mieux leur place ailleurs, nous dirons que la moelle, dans les cas où il y a eu des accidents paralytiques ou névralgiques, présente une sclérose ascendante des faisceaux postérieurs et descendante des faisceaux antéro-latéraux. Cette prolifération du tissu conjonctif étouffe peu à peu les éléments nerveux. Au début on ne constate encore que des symptômes de myélite ou de névrite le long des racines nerveuses. D'ailleurs l'altération procède d'une façon très irrégulière et peut léser plus profondément l'un ou l'autre cordon latéral.

Par ordre de fréquence, les lésions médullaires de la région dorsale interscapulaire tiennent le premier rang ; les altérations sont également plus communes dans le mal cervical que dans le mal de Pott lombaire.

3° *Abcès par congestion.* — Les abcès par congestion ou migrateurs de GERDY, ne sont autre chose que des abcès ossifluents qui présentent dans la maladie qui nous occupe, des caractères particuliers. On peut distinguer quatre

périodes dans l'évolution d'un abcès par congestion : 1° la période initiale pendant laquelle l'abcès sessile est intimement lié à la lésion osseuse ; 2° la période de migration et d'accroissement ; 3° la période d'état ; 4° l'ouverture de la collection ou période fistuleuse.

1° *Période initiale.* — La position et le développement de l'abcès sont absolument subordonnés à la lésion osseuse et suivant le siège, la forme, la situation superficielle ou profonde de cette dernière, le pus se porte en avant, en arrière ou sur les parties latérales des corps vertébraux. Toutes choses égales, la formation de l'abcès est d'autant plus rapide que le tubercule est plus superficiel ; plusieurs collections peuvent prendre naissance sur la même vertèbre. Au début, l'abcès migrateur est constitué par les produits de sécrétion de la membrane fongueuse qui tapisse le foyer tuberculeux. A cette époque, ces collections ressemblent à des poires, des figues ou des sangsues gorgées, appendues sur les parties antéro-latérales des vertèbres. Leur couleur est gris-jaunâtre, leur paroi épaisse, constituée par le périoste et le surtout ligamenteux antérieur épaissi.

2° *Période d'accroissement et de migration.* — La collection s'accroît de deux façons : 1° par les produits de sécrétion des foyers tuberculeux ; 2° par l'action destructive du pus infectieux sur les tissus ambiants et principalement le tissu conjonctif. Les tissus tuberculeux qui constituent ce que DELPECH appelait la membrane pyogénique, empiètent de plus en plus, ainsi que LANNELONGUE l'a fait voir, dans le sens de la pesanteur, et l'abcès ainsi formé se porte vers les parties déclives d'après des lois assez fixes. Les uns suivent les interstices musculaires ou la gaine d'un muscle, d'autres, surtout quand ils sont implantés au niveau des trous de conjugaison, accompagnent les nerfs. Ainsi ceux de la région cervicale peuvent proéminer dans le pharynx, descendre en suivant les muscles longs du cou, les scalènes, etc., arriver au creux sus-clavier ou à l'aisselle. Ceux de la région dorsale se portent vers le diaphragme qu'ils traversent avec les gros vaisseaux pour venir proéminer plus tard dans l'aîne au-dessus de l'arcade.

La migration des abcès lombaires n'est pas moins curieuse ; les uns se portent en avant et en bas en suivant la gaine du psoas et viennent faire saillie au-dessous de l'arcade de Fallope, dans le triangle de Scarpa. Il n'est pas absolument rare de les voir en pareil cas envahir l'articulation coxo-fémorale par l'intermédiaire de la bourse séreuse du psoas. Lorsqu'il se porte en arrière, le pus chemine le long des nerfs et des vaisseaux fessiers pour sortir du bassin et même quelquefois arriver en suivant le sciatique jusqu'au creux poplité. A côté de ces voies habituelles il en est d'autres exceptionnelles ; ainsi le trajet du pus est quelquefois récurrent ; on a vu des abcès migrateurs s'ouvrir dans les bronches (CHÉNIEUX), l'intestin, le rectum, la vessie, le creux ischio-rectal. Le rein servait, dans un cas, de paroi à l'abcès.

3° *Période d'état.* — Arrivés au terme de leur migration, arrêtés par des barrières résistantes ou la peau, les abcès par congestion restent ordinairement stationnaires. Ils se présentent alors comme de grosses poches irrégulièrement cylindriques avec des renflements et des rétrécissements, suivant la nature de la région et les obstacles que le pus a rencontrés. Leur ren-