

La laxité anormale de la colonne vertébrale chez les enfants débiles, qui les porte à s'appuyer au bout de quelques pas, diffère du mal vertébral par l'absence de courbure angulaire et en soulevant l'enfant par les épaules, les courbures s'effacent; de plus il n'y a pas de points douloureux. Le diagnostic différentiel avec la paralysie essentielle de l'enfance, le rachitisme ne présente pas de difficultés sérieuses.

Ainsi, à la première période, surtout chez les enfants, le chirurgien devra tenir grand compte de tous les symptômes; les articulations des membres inférieurs, les muscles du dos sont raides; toutes les attitudes concourent au même but, l'immobilisation des vertèbres malades. La percussion, la pression, l'application du froid et du chaud le long de l'épine, permettent de déceler un foyer d'ostéite tuberculeuse. A ces signes, il faut ajouter, dans les cas d'ostéite tuberculeuse aiguë, le gonflement de la région et la congestion anormale des veines au niveau des vertèbres malades.

Lorsque la déformation survient, le diagnostic ne saurait être longtemps hésitant. On pourrait cependant, dans quelques cas, croire à une scoliose, surtout quand il s'agit d'une ostéite tuberculeuse superficielle étendue à plusieurs vertèbres. VERNEUIL se base, pour différencier les deux affections, sur le grand rayon de la courbure rachidienne, l'absence de toute torsion de la colonne vertébrale sur son axe, de toute courbure de compensation si remarquable par la forme en S qu'elles lui impriment dans la scoliose essentielle et enfin sur la douleur qui existe à la pression sur un point limité de la région rachidienne.

VERNEUIL, PAULET ont encore signalé la confusion possible avec la lithiase urique accompagnée de coliques néphrétiques et de déviation spasmodique de la taille, méprise qu'on évitera en faisant l'examen des urines.

Qu'il suffise de signaler la possibilité d'erreurs avec les anévrysmes de l'aorte, le cancer du rachis, un kyste hydatique (DUBOIS). Il y a des cas où la sagacité du médecin peut être mise en défaut et il est bon d'avoir présent à la mémoire le souvenir de semblables difficultés.

Quant au diagnostic de la forme du mal vertébral c'est un point des plus difficiles. L'existence d'une gibbosité sans abcès permet de croire à un tubercule circonscrit avec ou sans séquestre; de même la persistance indéfinie de la suppuration sans retentissement marqué sur la santé générale, autorise à supposer un séquestre invaginé; la fièvre, la rachialgie limitée, la congestion veineuse, la déformation à grande courbure, sont plus spéciales à l'ostéite tuberculeuse aiguë.

Pronostic. — Le mal de POTT est toujours une affection grave. Parmi les chirurgiens, les uns admettent que le pronostic est moins sérieux dans l'enfance (GOSSELIN, BROCA, LARREY), tandis que GUERSANT ne reconnaît pas cette distinction. L'ostéite tuberculeuse aiguë est constamment mortelle.

Aujourd'hui nous pensons que les principaux facteurs qui modifient le pronostic sont : 1° *La forme de l'ostéite.* La forme circonscrite et chronique est, toutes choses égales, la moins grave; la variété enkystée de NÉLATON, susceptible de guérir sans suppuration est moins redoutable que la variété avec séquestre. Nous avons vu que la suppuration de l'ostéite tuberculeuse se termine rarement par résolution et que la mort est la fin ordinaire des abcès par conges-

tion ouverts. Or, plus un tubercule sera circonscrit, superficiel, plus les séquestres auront de chances d'être éliminés. Dans les cas où la gibbosité est très accentuée, la réparation se ferait plus facilement.

Le pronostic de la forme envahissante et diffuse, caractérisée par son extension rapide aux os voisins, sa tendance extrême à la suppuration, est bien moins rassurant, d'autant plus que l'organisme déjà épuisé ne peut subvenir aux frais de la réparation; aussi les stalactites périphériques sont-elles très rares en pareil cas.

2° *Le siège du foyer* influe également sur le pronostic. Tout foyer qui intéresse directement la moelle épinière par contact ou par compression due à l'affaissement des corps vertébraux, aggrave le pronostic; c'est une affection grave surajoutée à la première.

La présence des abcès qui, une fois vidés, peuvent donner accès aux germes septiques, les escarres consécutives à la paraplégie, les dangers de tuberculisation générale, doivent rendre le chirurgien circonspect, même dans les cas en apparence les moins défavorables.

Traitement. — Nous renvoyons pour ce qui concerne le traitement général aux préceptes qui ont été exposés en décrivant l'ostéite tuberculeuse. Les nouvelles données sur la nature parasitaire de l'affection n'infirmen en rien les principes généraux qui, depuis longtemps, servent de base à la thérapeutique médicale. Une bonne hygiène, le bien-être, une alimentation reconstituante, le séjour à la campagne, au bord de la mer, les bains de sable marin, les eaux de Salins, Salies de Béarn, etc., contribuent à limiter l'action du mal qui reste circonscrit et curable. Les iodures, le quinquina, l'huile de morue, le fer, sans avoir des vertus spécifiques, rendront d'utiles services.

Traitement chirurgical. — Les foyers tuberculeux du rachis sont difficilement accessibles, ce qui explique l'impuissance du chirurgien pour aller porter les instruments jusque sur le mal lui-même. Cependant les tentatives hardies de BÆCKEL, ISRAËL (1882), trouveront des imitateurs et dans un avenir qui n'est peut-être très pas lointain la thérapeutique du mal vertébral ne sera pas réduite au seul traitement des symptômes.

Les deux principales méthodes de traitement sont : 1° les révulsifs; 2° l'immobilisation.

A. *Méthode révulsive.* — Vulgarisée par P. POTT, la méthode révulsive est encore employée de nos jours surtout dans les premières périodes de la maladie. On lui reconnaît généralement l'avantage de calmer les douleurs, avantage en partie compensé par l'épuisement que détermine son emploi prolongé. Aussi les révulsifs sont-ils quelque peu délaissés aujourd'hui, quand il n'y a pas de troubles médullaires. Signalons parmi les principaux agents de cette méthode les sinapismes, les sangsues, les vésicatoires volants et suppurés; la pommade stibiée, le croton-tiglium, l'iode, le moxa de LARREY, la potasse caustique, les cautères, le thermo-cautère ou le fer rouge.

B. *Immobilisation.* — Son but est de calmer la douleur et d'enrayer, dans la mesure du possible, les progrès de l'ostéite tuberculeuse. Les uns cherchent à immobiliser complètement la colonne vertébrale (BONNET, DELPECH, TRÉLAT, MICHEL), d'autres se contentent d'une immobilisation relative (BOYER, SANSON,

NÉLATON, BOUVIER). Les éclectiques avec GOSSELIN conseillent l'immobilité au moment où l'on peut craindre la gibbosité.

Suivant NÉLATON, il serait préférable de laisser un peu de jeu à la colonne, afin que le tassement des corps vertébraux, qu'il regardait comme une circonstance favorable, put se produire. Pour LANNELONGUE les appareils d'immobilisation agissent surtout par l'allègement qu'ils procurent à la région affectée et PUEL les considère comme des appareils de soutènement. Leur but est de transmettre au bassin et aux membres inférieurs le poids des parties du corps qui sont situées au-dessus de la vertèbre malade.

L'immobilisation mérite donc d'être conservée à toutes les périodes de la maladie; on la réalise par le repos au lit, l'emploi de la gouttière de BONNET perfectionnée, des corsets orthopédiques de NÉLATON, TAYLOR, BONNET et le corset à tuteurs postérieurs. Les appareils modelés sont susceptibles de rendre des services; la plupart se composent d'une demi-cuirasse postérieure en cuir, en gutta-percha, en plâtre, complétée en avant par des lacets ou un corset de toile. Grâce à ces moyens on enrayer un peu la marche de la maladie, on amende les symptômes, mais la guérison complète est exceptionnelle.

Traitement des symptômes. — A. *Gibbosité.* — Lorsque la gibbosité existe, faut-il chercher à la faire disparaître? GILBERT D'HERCOURT rapporta, en 1858, deux succès; mais sa conduite trouva des contradicteurs convaincus, peu d'imitateurs. En Angleterre, BAMPFIELD a préconisé le *prone system*, qui consiste à faire coucher les enfants sur le ventre pour obtenir l'ouverture de l'angle de la gibbosité par tassement. Ce traitement, qui doit être longtemps prolongé, est généralement proscrit. Plus récemment, REYHER, BERGMANN, ont employé la *distraction's methode* au traitement de la gibbosité et font l'extension et la contre extension dans le même but que BAMPFIELD. MAAS réalise la même indication en couchant les patients sur un coussin dorsal ou un plan incliné disposé de telle sorte que les disques vertébraux aient leur plus grand écartement; les malades sont équilibrés sur leur centre de gravité.

La méthode de LEWIS SAYRE, suspension et appareils plâtrés (1877), en grand honneur aujourd'hui, a pour but de permettre aux patients de marcher sans perdre le bénéfice de l'immobilisation; elle remplit cette indication en faisant porter le poids du corps par les apophyses transverses et non par les corps vertébraux. Après avoir suspendu les malades comme l'indique la figure 33, on applique des cuirasses plâtrées comprenant tout le tronc, le bassin et les épaules. Les résultats publiés par l'auteur démontrent que les malades peuvent marcher et que leur situation est beaucoup améliorée. DE SAINT-GERMAIN considère la méthode de SAYRE comme un bon moyen de gymnastique quotidienne qu'il faut proscrire tant qu'il n'y a pas réparation; on doit la réserver pour la période intermédiaire entre la réparation incomplète et la consolidation, en garnissant les parties saillantes. BUSCH arrive à peu près aux mêmes conclusions; il a remplacé l'appareil plâtré par le gilet feutré de COCKING. L'application de la méthode n'est d'ailleurs pas absolument inoffensive et WILLETT rapporte un cas de mort (*Revue de Hayem*, 1879).

B. *Abcès par congestion.* — Le traitement des abcès comprend trois méthodes qui ont pour but : 1° la résolution; 2° l'évacuation; 3° le grattage.

1° *Résolution.* — On a employé dans ce but la compression directe, quand l'abcès superficiel est peu éloigné de son point de départ; elle a donné quelques succès. Les collections peuvent bien diminuer sous l'influence de ce traitement simple ou par l'usage des révulsifs (iode), des pommades résolutives; il ne faut pas trop compter sur la guérison.

2° *Évacuation.* — Les chirurgiens, dans la crainte peut-être exagérée des ac-



Fig. 33. — Appareil à suspension de SAYRE.

cidents qui suivent l'évacuation des foyers, ont conseillé depuis longtemps de respecter ces collections à moins qu'elles ne déterminent des accidents de compression. A cet effet on les protège par une couche d'ouate collodionnée. Mais dès que l'ouverture spontanée est imminente l'intervention est indiquée afin de temporiser en faisant des ponctions successives.

L'ouverture large du foyer est une question délicate, parce que l'on peut craindre l'entrée de l'air et les phénomènes de septicémie. Aussi a-t-on proscrit l'incision simple, la ponction avec le trocart ordinaire, pour donner la préférence aux ponctions sous-cutanées obliques (ABERNETHY, BOYER) et surtout aux

ponctions capillaires aspiratrices avec l'appareil de DIEULAFOY, que l'on renouvelle quand la poche tend à reprendre ses dimensions premières. On a encore fait des injections iodées ou du drainage sans grand bénéfice et pas toujours sans dangers. L'aspiration ne convient qu'aux grands abcès ilio-fémoraux ; pour les petits, pour ceux qui font saillie à la région dorsale, nous donnons la préférence à la méthode des grandes incisions de FLAUBERT (de Rouen) ; DE SAINT-GERMAIN n'a jamais eu d'accidents en suivant cette conduite. D'ailleurs il faut avoir soin d'employer la méthode antiseptique, le drainage, les lavages et les pansements qu'elle comporte.

3° *Curage des foyers.* — Les notions récentes sur la nature et la structure de ces poches tuberculeuses doublées d'une sorte de membrane pyogénique, ont conduit les chirurgiens à leur appliquer le traitement des abcès froids et le curage avec la curette de VOLKMANN. Cette méthode hardie et rationnelle n'a pas encore été assez employée pour qu'on puisse juger de son efficacité ; cependant il est juste de ne pas attendre un résultat satisfaisant tant que le foyer osseux conservera ses propriétés infectieuses.

C. *Paralysie.* — Parmi les accidents nerveux du mal vertébral il en est qui sont curables, tandis que d'autres ne le sont pas. Il résulte des recherches de CHARCOT, RICARD (1876), que les paraplégies curables se développent lentement et sont accompagnées de contractions ; la sensibilité n'est pas abolie, les muscles ne sont pas atrophiés, l'irritabilité musculaire et l'excitation réflexe sont conservées, les sphincters ne sont pas relâchés ; il n'y a ni escarre, ni abcès par congestion. Le seul traitement qui semble hâter la guérison de ces accidents, en dehors du redressement et de l'extension continue, consiste dans l'application de trois boutons de feu de chaque côté du point malade, renouvelés quand ils se cicatrisent. Les médicaments internes ne seraient que d'utiles adjuvants¹.

§ 2. — Lésions syphilitiques du rachis

La syphilis serait susceptible de produire des lésions vertébrales ; c'est ce qui résulte des travaux de LANCEREAUX, LAGNEAU, ZAMBACO, des recherches de FOURNIER consignées dans la thèse de LEVOT (Paris, 1881). Pendant longtemps l'existence de ces manifestations rachidiennes de la vérole a été mise en doute, faute de preuves suffisantes. Aujourd'hui les syphilographes admettent avec VERNEUIL, FOURNIER, la réalité de ces altérations. Elles se présentent sous trois formes : 1° la périostite ; 2° l'exostose ; 3° l'ostéite gommeuse ou carie syphilitique.

Les exostoses ont été signalées par CLOQUET, VIRCHOW, WILSON, MUNICH, GODELIER, MICHEL, FOURNIER. Dans les faits rapportés par ces cinq derniers auteurs, le diagnostic n'a été posé que par suite de l'efficacité du traitement spécifique. Plusieurs de ces exostoses faisaient saillie dans le canal vertébral.

Si les doutes sont déjà légitimes au sujet des exostoses, ils le deviennent

1. L'histoire du mal *sous-occipital* ou *mal de Pott cervical*, trouvera mieux sa place au Livre des *Maladies du cou*.

bien davantage encore pour la carie et la nécrose. Cependant la coïncidence de la syphilis donne une probabilité aux observations d'OLLIVIER (d'Angers), PORTAL, ZAMBACO, BECK. Dans les faits d'AUTENRIETH, DAVASSE, YVAREN, DOMIVEL, LEYDEN, la lésion vertébrale n'était que secondaire et résultait de la propagation de syphilides gommeuses pharyngiennes, rectales, etc. Une femme syphilitique observée par FOURNIER, présentait entre autres lésions tertiaires, un mal de Pott des trois dernières vertèbres lombaires. Malgré ces faits, la conviction n'a pas été faite dans notre esprit parce que la tuberculose et la syphilis peuvent coexister chez le même sujet ; en outre tout ce que nous savons des ostéites syphilitiques ne correspond pas à ce qui a été décrit.

Ici, comme pour l'ostéite tuberculeuse, la rachialgie est le symptôme primordial, avec le caractère des douleurs ostéoscopes. Lorsque l'altération s'est propagée à la moelle ou à ses enveloppes, on voit apparaître les symptômes ordinaires des lésions médullaires et entre autres la paraplégie. Les seuls caractères qui permettent d'en soupçonner la nature sont : la coïncidence d'autres lésions syphilitiques, l'âge adulte et surtout l'influence bienfaisante du traitement spécifique (iodure et mercure associés).

CHAPITRE IV

TUMEURS DU RACHIS

Les tumeurs qui prennent naissance dans la colonne vertébrale sont assez rares, d'un diagnostic difficile et presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Pour ces raisons diverses, nous les décrirons brièvement.

1° CANCER DU RACHIS

Bibliographie. — HAWKINS, *Trans. of the Med. Soc.*, 1841, t. XXIV. — CHARCOT, in *Gaz. hebdom.*, 1863. — TRIPIER, Thèse Paris, 1866. — GENRET, Thèse Paris, 1870. — PITOT, *Ibid.*, 1874. — DELARUE, *Ibid.*, 1876. — GALLAND, *Bull. Soc. anat.*, 1877, p. 11. Articles RACHIS des *Dictionnaires*.

Ce terme générique servait à désigner les tumeurs malignes du rachis à une époque où leur nature était encore inconnue ; les espèces les plus fréquentes sont : le carcinome, le sarcome, les myxomes.

Au point de vue étiologique il y a lieu de distinguer quatre variétés du cancer du rachis :

1° Ceux qui se développent primitivement dans le rachis. Jusqu'à ces dernières années on n'en connaissait qu'une dizaine de cas ; les recueils périodiques enregistrent de temps à autre quelque fait nouveau et ce nombre est aujourd'hui doublé.