

les différents centres médullaires qui président aux fonctions de tel ou tel appareil.

On a bien établi chez les animaux, le lapin en particulier, d'une façon assez précise, le siège de certains centres : ano-spinal, vésico-spinal ; ils existent certainement chez l'homme, mais on ignore encore leur siège exact ?

On connaît cependant quelques localisations, dans l'espèce humaine ; telles sont :

*Le centre cardiaque* (Cl. Bernard), dont l'excitation accélère les battements du cœur, et qui correspond à la partie moyenne de la région dorsale de la moelle ;

*Le centre cilio-spinal* (Chauveau), qui s'étend de la 6<sup>e</sup> vertèbre cervicale à la 2<sup>e</sup> dorsale et préside à la dilatation de l'iris ;

*Le centre génito-spinal* (Budge), qui siège probablement chez l'homme vers le milieu de la moelle dorsale et préside à la contraction des canaux déférents et des vésicules séminales chez le mâle, à celle de l'utérus chez la femelle, à l'érection.

Si donc, à la suite d'un traumatisme de la colonne vertébrale, on trouve de l'accélération des battements du cœur, une dilatation de l'iris, une abolition des fonctions génitales, il sera possible de localiser, dans de certaines limites, le point traumatisé de la moelle.

Enfin, il est des faits qui résultent d'expériences sur les animaux, qui ont été confirmés par la clinique et que le praticien ne doit pas ignorer, car ils lui permettent de porter un diagnostic précis sur la lésion médullaire.

Observe-t-on de l'anesthésie complète de toute la partie située au-dessous du point où a porté le traumatisme, une hyperesthésie des parties situées au-dessus ? On peut affirmer une rupture ou une section complète de la moelle.

Se trouve-t-on en présence d'un sujet présentant, à la suite d'un traumatisme de la colonne vertébrale, d'un côté de la paralysie motrice avec hyperesthésie, de l'autre, une abolition de la sensibilité ? On doit diagnostiquer une hémisection de la moelle, portant du côté où siège la paralysie motrice et l'hyperesthésie. C'est là, la triade symptomatique de Brown-Séquard.

Toutes ces données nous ont paru bonnes à rappeler, car elles trouvent leurs applications en clinique.

Du reste, grâce aux recherches récentes du docteur Chi-pault (*Congrès français de chirurgie, Lyon, 1894*), on connaît aujourd'hui un certain nombre de types cliniques de paralysies médullaires, correspondant à des lésions de siège bien déterminées. Leur notion nous paraissant des plus utiles pour le clinicien, nous allons les décrire sommairement :

« Lorsque la lésion médullaire est horizontale et totale, le type de la paralysie est complet ; il devient irrégulier lorsque la lésion est oblique, il devient fruste lorsqu'elle est incomplète : dans tous les cas, il permet de diagnostiquer le niveau médullaire de la lésion.

« Les types que nous allons décrire sont les types complets, d'où l'on pourra déduire les autres sans difficulté.

« a) *Type cervical*. — L'anesthésie épargne seulement le cou et les régions deltoïdiennes, en avant comme en arrière — les quatre membres, le tronc y compris le diaphragme sont paralysés ; le sterno-mastoïdien, la partie supérieure du trapèze provoquent encore quelques inspirations, mais la mort survient par insuffisance respiratoire.

« La lésion siège à la partie supérieure de la 3<sup>e</sup> tranche cervicale de la moelle.

(On désigne sous le nom de *tranche médullaire* le tronçon de moelle compris entre deux coupes horizontales, dont l'une passe au niveau des filets radiculaires les plus élevés d'une paire rachidienne, tandis que l'autre rase les filets inférieurs de cette même paire).

« b) *Type brachial supérieur*. — L'anesthésie épargne, outre les régions citées dans le type précédent, les parties externes du bras et de l'avant-bras jusqu'à l'apophyse styloïde radiale. — En plus des muscles du cou et du diaphragme, sont préservés un certain nombre de muscles du membre supérieur deltoïde, sus et sous-épineux, biceps et brachial antérieur, supinateurs. Par l'action de ces muscles préservés que n'équilibrent plus leurs antagonistes, les membres supérieurs prennent une position tout à fait caractéristique.

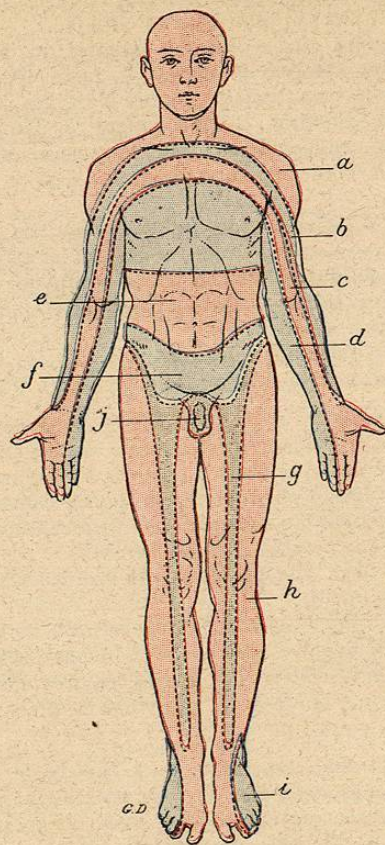


Fig. 4.

L'anesthésie, dans chaque type de paralysie médullaire traumatique, occupe, en même temps que les zones énumérées jusqu'à lui, la zone dont la lettre correspond à la sienne : *j*, types sacrés. — *i*, type jambier. — *h*, type crural. — *g*, type sous-inguinal. — *f*, type sus-inguinal. — *e*, type thoracique. — *d*, type brachial supérieur. — *c*, type brachial supérieur. — *b*, type cervical.

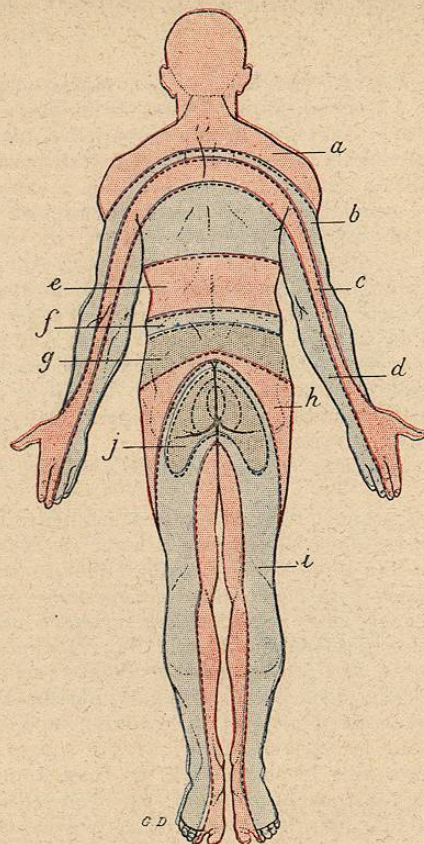


Fig. 5.

(Même légende que pour la figure 4.)

téristique : abduction et légère rotation externe du bras avec flexion et supination de l'avant-bras.

« La lésion siège à la partie moyenne de la 6<sup>e</sup> tranche de la moelle cervicale.

« c) *Type brachial inférieur.* — L'anesthésie qui, sur le tronc, passe à trois ou quatre travers de doigt au-dessous des clavicules, se limite, au membre supérieur, à une bande occupant l'aisselle, la face interne du bras et de l'avant-bras, la moitié interne environ de la main. — Non seulement sont préservés les muscles énumérés dans la description du type précédent, mais encore : le sous-scapulaire, les extenseurs du poignet, le triceps brachial, le grand pectoral, le grand dorsal et le grand rond. En somme restent seuls atteints au membre supérieur les fléchisseurs du poignet et les muscles intrinsèques de la main. L'épaule et le coude sont capables de tous leurs mouvements, mais le poignet qui peut se placer en pronation ou supination, reste étendu et la main ouverte rappelle la main de singe de la paralysie type Aran-Duchesne, ou de la syringomyélie.

« La lésion siège à la partie supérieure de la 8<sup>e</sup> tranche cervicale.

« Si nous supposons que le traumatisme médullaire descende plus bas encore, nous allons avoir à noter de la première tranche dorsale à la troisième tranche lombaire toute une série de variétés thoraco-abdominales d'anesthésio-paralysie. Leur nombre et leur superposition régulière nous dispensent de les énumérer une à une. Nous voulons seulement signaler, à leur propos, quelques détails intéressants. Le premier c'est la disposition absolument horizontale, aussi élevée en avant qu'en arrière, de la limite supérieure de l'anesthésie dans les variétés thoraciques ; le second c'est la non-coïncidence avec le pli de l'aîne de cette limite supérieure, et l'envahissement constant, par l'anesthésie, des organes génitaux, dans les lésions des premières tranches lombaires, ce qui permet de les distinguer sûrement des paralysies hystériques où se rencontrent des conditions opposées.

« Avec les variétés de distribution de l'anesthésie dépendant de la lésion des premières tranches lombaires, variétés où l'anesthésie s'étend en somme à presque toute la surface

des membres inférieurs, la paralysie motrice est totale ; avec les lésions médullaires situées plus bas, il n'en est plus ainsi et nous allons pouvoir, pour les membres inférieurs, décrire des types cliniques sensitivo-moteurs d'une importance aussi grande que ceux décrits, tout à l'heure, pour les membres supérieurs.

« d) *Type crural.* — Le type crural, consécutif aux lésions placées à la partie supérieure de la troisième tranche lombaire, est caractérisé, au point de vue sensitif, comparativement aux dernières variétés ci-dessus notées, par le retour de la sensibilité sur les membres inférieurs au niveau d'une bande large de quelques centimètres et située à la partie antéro-interne de la cuisse, de la jambe et de la cheville.

« Au point de vue moteur, ce type présente deux variétés : — dans la première, les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin (couturier et psoas-iliaque) sont, de tous les muscles des extrémités inférieures, les seuls préservés ; la cuisse se met en légère flexion et est entraînée par le poids du membre, en rotation externe ; — dans la seconde les adducteurs et abducteurs de la cuisse, le quadriceps fémoral, sont également saufs, la cuisse peut se mouvoir dans tous les sens et soulever en masse et péniblement du lit la jambe et le pied paralysés.

Fig. 6. — Tranches médullaires.

La lésion, dans chaque type, porte au-dessus de la racine désignée par la même lettre que ce type dans les figures précédentes : *j*, 3<sup>e</sup> racine sacrée, type sacré. — *i*, 5<sup>e</sup> racine lombaire, type jambier. — *h*, 3<sup>e</sup> racine lombaire, type crural ; — *g*, 2<sup>e</sup> racine lombaire, type sous-inguinal. — *f*, 1<sup>re</sup> racine lombaire, type sus-inguinal. — *e*, une racine dorsale, type dorsal. — *d*, 8<sup>e</sup> racine cervicale, type brachial inférieur. — *c*, 6<sup>e</sup> racine cervicale, type brachial supérieur. — *b*, 3<sup>e</sup> racine cervicale, type cervical.



« e) *Type jambier*. — Le type jambier, consécutif aux lésions situées à la partie supérieure de la cinquième tranche lombaire, est remarquable par l'extension considérable de la région sensible notée dans le type précédent; l'anesthésie s'y limite à une bande occupant la plus grande partie du pied, la partie postéro-externe de la jambe, la partie postéro-médiane de la cuisse, les fesses, le périnée et les organes génitaux. — Au point de vue moteur, ce type se distingue du type crural par le retour de la motilité au niveau des fessiers et des gastro-cnémiens; les seuls muscles qui restent paralysés sont les fléchisseurs et extenseurs des orteils, ainsi que les péroniers: il en résulte un pied bot acquis caractéristique.

« f) *Type sensitif sacré*. — Lorsque la lésion médullaire siège au-dessous de la deuxième tranche sacrée, les muscles de la vie de relation sont tous épargnés, les troubles sensitifs seuls persistants se localisent, avec une extension variable suivant les cas, à la partie postéro-médiane de la cuisse, aux organes génitaux externes, au périnée, aux fesses.

« Tels sont, au point de vue sensitivo-moteur, les types cliniques correspondant aux lésions transverses de la moelle.

« Nous donnerions de ces types une idée incomplète, si nous ne notions encore: les troubles sympathiques oculo-pupillaires coïncidant avec notre syndrome brachial inférieur et caractéristiques d'une lésion du premier segment dorsal; les troubles vésico-rectaux, qui persistent, si basse que soit la lésion, et se rencontrent par conséquent dans les variétés les plus limitées de notre syndrome sensitif sacré; enfin les troubles des réflexes, dans les parties paralysées: suppression lorsque la lésion médullaire est totale, exagération lorsqu'elle est partielle.

« Disons encore que la plupart des types que nous venons de décrire peuvent être la conséquence, non seulement d'une lésion médullaire, mais aussi d'une lésion radiculaire. Cela est rare pour les types supérieurs, car, à la partie supérieure du canal rachidien, il est exceptionnel qu'un traumatisme

lèse les racines sans atteindre la moelle; cela est commun pour les types inférieurs, car, à la partie inférieure du canal, de nombreux traumatismes lèsent seulement la queue de cheval.

« Aux variétés radiculaires de nos types supérieurs on peut rattacher les paralysies radiculaires de Erb et de Klumpke, qui résultent, du reste, non plus de traumatismes rachidiens, mais de lésions juxta-rachidiennes et ne rentrent dès lors qu'indirectement dans notre étude actuelle. »

Si la lésion osseuse a été reconnue, les signes médullaires viendront corroborer l'exactitude du diagnostic de niveau posé d'après la simple notion du rapport des vertèbres avec le contenu du canal rachidien.

Nous n'avons pas voulu, en cherchant à faire le diagnostic de la commotion médullaire, parler des symptômes qu'on observe chez certains individus à la suite des grands accidents de chemin de fer, symptômes dont la réunion constitue l'ensemble symptomatique auquel on a donné le nom de *railway-spine*, de *neurasthénie traumatique*, et dont l'origine serait dans une commotion de la moelle.

Il s'agit de paralysies flasques ou avec contractures, qu'on observe plus ou moins longtemps après l'accident. Or, Charcot et ses élèves admettent que, dans un très grand nombre de cas, il n'y a aucune lésion du côté de l'axe cérébro-spinal et que le traumatisme n'a fait que révéler des symptômes d'hystérie chez un individu en puissance de cette maladie; d'où le nom d'*hystéro-traumatisme* donné à cette prétendue commotion médullaire.

Le chirurgien doit bien connaître ces faits; il sera mis d'ailleurs sur la voie du diagnostic par d'autres symptômes, tels que: la perte du goût, de l'odorat, de l'ouïe, la dyschromatopsie, le rétrécissement du champ visuel, etc. Ces symptômes n'ont rien à voir avec la commotion médullaire et permettront de rapporter les signes observés à leur véritable cause, l'*hystérie*.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES  
DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Les affections organiques de la colonne vertébrale qu'on est appelé à reconnaître couramment en clinique ne sont pas très nombreuses ; elles sont au nombre de trois : *le mal de Pott, les déviations du rachis et le spina bifida.*

Toutes trois se manifestent soit par un changement dans l'axe de la colonne osseuse, soit par une saillie située sur cet axe, soit enfin par la combinaison de ces deux lésions.

On éliminera facilement le spina bifida d'après les signes suivants : c'est une maladie congénitale ; elle se présente sous la forme d'une tuméfaction plus ou moins arrondie ; mais toujours molle et fluctuante, ce qui permet de la différencier d'une gibbosité toujours dure et formant plus ou moins une arête.

Nous reviendrons plus tard sur les autres particularités du diagnostic du *spina bifida* ; nous avons voulu tout d'abord le séparer du mal de Pott et des déviations.

Autant ces deux dernières affections sont aisées à reconnaître et à distinguer l'une de l'autre lorsqu'elles sont parvenues à leur période d'état et que leurs symptômes sont nettement accusés, autant il est parfois difficile d'établir entre elles un diagnostic différentiel, lorsqu'elles sont à leur début ; cependant le diagnostic à la période initiale est des plus importants car il permet d'instituer une thérapeutique qui sera d'autant plus active qu'elle sera plus précoce.

**Diagnostic du mal de Pott.** — Cette maladie peut se présenter avec un appareil symptomatique variable, affectant les trois principaux types suivants :

Tantôt (et il s'agit le plus souvent d'un enfant) le mal de Pott s'accuse par de l'incertitude dans la marche, de la faiblesse des jambes, de la paresse à se mouvoir, en même temps que de la douleur et un affaiblissement de l'état général ;

Tantôt c'est la déviation de la colonne vertébrale qui attire seule l'attention. Les parents viennent montrer leur

enfant parce qu'il devient bossu et attribuent cette lésion à une chute, mais il n'existe pour ainsi dire pas de douleurs et la faiblesse peut être à peine marquée dans les membres ;

Tantôt, enfin, on peut se trouver en présence d'un abcès faisant saillie dans le pli de l'aîne ou sur la partie latérale du thorax et il faut arriver à reconnaître que cet abcès provient d'une lésion de la colonne vertébrale. Ce dernier type est plus rare ; mais on peut le rencontrer, surtout chez les sujets adultes.

Ces différentes formes se présentent rarement isolées ; au contraire elles se combinent les unes aux autres et pour arriver au diagnostic, il est nécessaire de procéder avec ordre.

C'est surtout au début, quand les symptômes sont peu marqués, que le clinicien peut se trouver embarrassé.

Il devra tout d'abord chercher à différencier le mal de Pott des autres maladies de la colonne vertébrale. Nous avons dit que le spina bifida ne pouvait pas prêter à confusion ; il n'en est pas de même des déviations du rachis et principalement de celle à laquelle on a donné le nom de *scoliose essentielle des adolescents.*

Le mal de Pott et la scoliose essentielle ont en effet des caractères communs. Ils présentent des saillies anormales vulgairement appelées bosses ; mais, dans la scoliose, celles-ci sont situées latéralement, en avant et en arrière, et formées par la déviation de la courbure des côtes ; tandis que, dans la tuberculose vertébrale, la saillie est médiane et formée par les vertèbres. Il existe cependant des cas de mal de Pott dans lesquels la déviation est latérale, cas rares il est vrai, mais qui, se présentant chez l'enfant, peuvent donner le change. On distinguera cette scoliose Pottique, de la scoliose essentielle, à ce que l'enfant souffre, présente un mauvais état général et offre les autres symptômes de la tuberculose vertébrale, tandis que la scoliose ordinaire est absolument indolente. On a aussi donné comme signe excellent de la scoliose dans le mal de Pott, la douleur à la pression, localisée à l'apophyse transverse de la vertèbre latéralement déplacée.

La simple *laxité articulaire*, qui se manifeste pendant la période de croissance, ne sera pas non plus confondue, avec

le mal de Pott. Elle se reconnaîtra à la courbure rachidienne uniformément étendue de l'occiput au bassin, à l'absence de points douloureux le long du rachis, et enfin à ce qu'en soulevant l'enfant par les épaules la déformation disparaît.

Les courbures secondaires, dues à un kyste hydatique développé dans l'épine dorsale, à certains anévrismes de l'aorte, à l'ostéosarcome des vertèbres ont une physionomie particulière. On y songera quand les symptômes ne concorderont pas et laisseront le diagnostic hésitant.

Il est d'autres maladies chirurgicales que celles du rachis qui peuvent être confondues avec le mal de Pott. Quand l'enfant est atteint de faiblesse des membres inférieurs, quelquefois même de boiterie et souffre en même temps de douleurs dans le rachis, dans les reins, le tronc et même les jambes, on peut songer à une *coxalgie*, à une *paralyse infantile*, à une *névralgie*.

La *coxalgie* sera écartée facilement car l'attitude du membre dans le mal de Pott n'est pas fixe en général : elle ne le devient que dans les cas exceptionnels où un abcès ossifluent a impressionné le psoas iliaque et y a déterminé de la contracture et par conséquent de la flexion de la cuisse sur le bassin. Ici l'abcès devra toujours être recherché dans le flanc et sera toujours trouvé. Les mouvements d'abduction et d'adduction imprimés au membre montrent que le bassin ne suit pas le fémur. Les pressions sur le grand trochanter sont tout à fait indolentes. Il n'y a pas eu de douleur du côté de l'articulation du genou. Enfin lorsqu'on a affaire à un mal de Pott, et qu'on soulève l'enfant pour l'examiner il pousse des cris et tient ses membres inférieurs immobiles ainsi que toute la partie inférieure du tronc. Dans la *coxalgie*, au contraire, le membre malade seul retombe inerte.

Cette parésie des membres inférieurs peut être aussi mise sur le compte de la *paralyse infantile* et le plus grand soin devra alors être apporté dans l'exploration des vertèbres et l'on trouvera le plus souvent, dans le mal de Pott, un point douloureux.

L'attitude de l'enfant dans cette dernière affection est du reste caractéristique. Son rachis est immobilisé, ce qui n'existe pas dans la *paralyse infantile* ni même dans les

névralgies simples. On doit faire marcher le malade, le faire se pencher en avant et s'incliner dans différents sens. Si on lui commande de ramasser un objet placé à terre et que l'on examine la façon dont il va s'y prendre pour arriver à son but, on observe qu'il ne se penche pas en avant, car ce mouvement se ferait aux dépens de sa colonne vertébrale; mais, il s'approche de l'objet jusqu'à ce que son pied le touche en dehors, et une fois bien à l'aplomb du point à atteindre, par une flexion des deux genoux et sans bouger la colonne vertébrale, il amène la main jusqu'à cet objet qu'il saisit de côté.

Disons encore que, dans la paralysie infantile, il est bien rare qu'on ne trouve pas un groupe musculaire atrophié et que la recherche des antécédents ne fasse pas découvrir une affection aiguë avec fièvre, mais qui cependant a pu passer inaperçue.

Les *névralgies intercostales*, simples ou symptomatiques d'une maladie hépatique ou rénale, pourront aussi donner le change un moment; mais il suffira d'être en éveil de ce côté pour éviter l'erreur. On s'adressera d'abord aux organes malades, dont l'examen décèlera une lésion; ensuite on commandera la manœuvre que nous venons d'indiquer et enfin on étudiera avec soin le caractère des douleurs qui, dans le mal de Pott, sont tout à fait spéciales.

En effet, au début elles sont vagues et si peu marquées que le patient les ressent seulement lorsqu'il bouge, soit pour soulever quelque objet pesant, soit même pour se retourner dans son lit, en sorte que l'on pourrait mettre cette souffrance momentanée sur le compte d'un lumbago; mais bientôt ces douleurs irradient dans les espaces intercostaux, dans les lombes. Ce sont les *douleurs en ceinture*, comparées par Nélaton à un coup de fouet cinglant la base du thorax ou l'abdomen.

D'autres fois le malade se plaint d'avoir la poitrine serrée comme dans un étai. Enfin il faut aussi savoir que les irradiations douloureuses peuvent se faire vers les membres inférieurs et affecter la forme d'une névralgie sciatique ou crurale.

On pourrait encore confondre le mal de Pott à ses débuts

avec cette maladie singulière, décrite par Brodie sous le nom de *névralgie spinale*, dont un des principaux symptômes est une douleur térébrante, profonde, pénible à la pression, localisée en un point du rachis et qui force les malades à garder le lit d'une façon constante. Ce n'est pourtant qu'une des manifestations de l'hystérie qui se reconnaîtra bientôt à ses signes pathognomoniques : crises plus ou moins longues, perte de la sensibilité sur tout un territoire cutané, anesthésie pharyngée, troubles du côté des organes des sens, etc.

Les *tumeurs de la moelle* sont très rares. Elles donnent lieu, comme le mal de Pott, à des douleurs névralgiques en ceinture et plus tard à des manifestations paralytiques ; mais ici la déformation, la raideur de la colonne vertébrale manquent ainsi que les abcès. On n'aura donc qu'à suivre le malade, pour voir au bout de quelque temps la paralysie s'aggraver et devenir telle que si c'était un mal de Pott, elle ne pourrait exister sans gibbosité ou sans abcès par congestion.

**Diagnostic des variétés anatomiques du mal de Pott.** — Les principales maladies chirurgicales qui peuvent être confondues avec le mal de Pott ayant été écartées, il est nécessaire de pousser plus avant le diagnostic et d'étudier les différentes variétés anatomiques de cette affection.

Une des variétés les plus fréquentes de la tuberculose vertébrale est celle où l'*abcès par congestion* domine : son principal caractère est de présenter le phénomène de la réductibilité et ce symptôme suffit à faire affirmer son existence ; mais il faut savoir que la communication peut être fermée ou très étroite et qu'il existe des cas dans lesquels on ne peut faire refluer le liquide dans l'abdomen ; on se trouve alors en face d'une collection liquide qui présente tout à fait la physionomie d'un abcès froid ordinaire.

C'est au pli de l'aîne que le pus proémine le plus souvent et cela explique les erreurs de diagnostic qui ont pu y être commises. Un abcès ganglionnaire tuberculeux peut dans cette région, comme à l'aisselle, donner le change : une palpation attentive permettra de reconnaître l'engorgement ganglionnaire périphérique et l'induration spéciale à la périadénite. On devra aussi se méfier du bubon et même des petites

épiplocèles crurales qui, comme l'abcès par congestion, peuvent subir une impulsion par la toux et être réductibles. L'examen des fosses iliaques est donc toujours nécessaire et permettra de reconnaître la présence de la poche purulente, qui en augmentant est venue faire saillie dans la région inguinale. En faisant lever le malade on verra la saillie devenir plus considérable quand il s'agit d'un abcès par congestion et enfin dans les cas difficiles, une ponction viendra lever tous les doutes. Il faut pourtant savoir que les collections purulentes périnéphrétiques suivent quelquefois la même marche que celles parties de la colonne vertébrale et on devra explorer avec soin le rein, en même temps qu'on se rendra compte de la marche de la maladie et de l'état des urines.

Quand l'abcès se rencontre à la région latérale de la poitrine, le diagnostic est plus difficile, le pus ayant suivi une côte et venant simuler un abcès symptomatique d'une ostéopériostite costale. La réductibilité manque souvent et les signes locaux ont ici la plus grande importance. Dans l'ostéopériostite, on trouvera un point bien net où la pression sur la côte sera douloureuse ; la collection sera entourée d'un bourrelet d'induration, formant une espèce de cratère, signes qui manquent dans le mal de Pott. Dans cette affection au contraire, la colonne vertébrale sera douloureuse à la pression en même temps que dans les mouvements.

Quand l'abcès par congestion ne fait pas saillie, c'est qu'il est encore dans son trajet intra-abdominal. Aussi faut-il toujours palper avec le plus grand soin les fosses iliaques. A cet effet, le malade étant couché sur le dos et les jambes fléchies, c'est-à-dire la paroi abdominale antérieure étant relâchée, on déprimera doucement cette dernière à l'aide de la pulpe des doigts des deux mains juxtaposées ; on vaincra ainsi l'élasticité musculaire et on pourra se rendre compte de l'état des flancs ; on engagera le malade à respirer largement pendant cette manœuvre. Si on tombe sur une masse indurée, mate à la percussion ou si on rencontre même un empatement qui n'existe pas du côté opposé (et il faudra toujours explorer les deux fosses iliaques), on sera en présence d'un abcès en migration dont il faudra surveiller la marche pour être prêt à instituer une thérapeutique efficace le plus rapidement

possible. Quand l'abcès fait saillie à l'extérieur, il peut affecter des sièges différents et se rencontrer même dans plusieurs régions à la fois.

Nous avons dit que son lieu d'élection, dans le mal de Pott dorso-lombaire, était le pli de l'aîne, où il vient se montrer en passant sous l'arcade de Fallope, soit en dedans, soit en dehors des vaisseaux fémoraux. Ceux-ci seront donc recherchés avec utilité et seront facilement trouvés grâce aux battements artériels. On n'oubliera pas de pratiquer une douce compression sur la poche purulente pour voir si elle est réductible et à l'aide d'une main placée sur la tuméfaction du pli de l'aîne et de l'autre main appliquée sur la collection siégeant dans la fosse iliaque, on pratiquera des pressions alternatives qui feront nettement sentir le liquide refluer d'une poche dans l'autre. Une fois au pli de l'aîne, le pus peut fuser soit en dedans, soit sous le fascia lata et se diriger du côté de la région fessière.

Quand cette dernière est envahie la première, c'est que la collection purulente est sortie du ventre par la grande échancreure sciatique; on devra donc porter ses investigations de ce côté.

Enfin il faut aussi savoir que les abcès par congestion peuvent, dans des cas rares, se montrer à l'orifice externe du canal inguinal, traverser encore le plancher périméal et venir pointer dans la région anale.

Dans ce cas, la confusion est possible entre l'abcès du mal de Pott et un abcès périanal. Tous les signes que nous avons énumérés plus haut seront suffisants pour assurer le diagnostic et on se rappellera de plus que l'abcès par congestion se montre à quelque distance de l'anus, tandis que les abcès de cette région se forment en général près de l'orifice même.

Les abcès par congestion qui ont leur point de départ dans la colonne thoracique seront rencontrés sur le plan costal latéral. Ils peuvent, dans certains cas, se porter du côté du médiastin et des organes qui y sont contenus. On interrogera donc le malade pour savoir s'il a eu de la dysphagie ou de la dyspnée à un moment donné.

La déformation du rachis est quelquefois le symptôme

prédominant du mal de Pott. Elle a reçu le nom de *gibbosité*. C'est une saillie angulaire, formée par une ou plusieurs vertèbres, et quand elle se présente avec sa physionomie habituelle elle ne peut être confondue avec aucune autre déviation. Mais quelquefois ses caractères sont moins tranchés et pourraient permettre de la confondre avec la *cyphose rachitique*. Pour éviter l'erreur on se souviendra que cette dernière n'est pas angulaire, mais arquée et porte sur un assez grand segment de la colonne vertébrale en formant une courbe plus ou moins allongée. Elle s'accompagne de plus d'autres déformations du squelette qu'il faudra rechercher, telles que les saillies des apophyses styloïdes, des cubitus et des radius, l'exagération des bosses frontales, les exostoses en chapelet sur la face externe des côtés et enfin les incurvations bien connues des membres. En interrogeant le malade, on apprendra parfois que la gibbosité s'est produite rapidement, brusquement même, cette particularité appartient au mal de Pott, tandis qu'on ne l'observe jamais dans le rachitisme.

Il ne suffit pas d'avoir reconnu la *gibbosité*, il faut encore préciser son siège, limiter le nombre de vertèbres sur lesquelles elle porte et établir quel est le numéro de ces vertèbres, ce qui sera facile à l'aide des moyens donnés à l'exploration clinique.

Il faudra aussi noter la forme de la gibbosité. On en a décrit plusieurs (angulaire, angulo-arrondie, arrondie, arrondie angulaire); toutes ces dénominations avaient de l'importance quand on différenciait la tuberculose vertébrale de l'arthrite vertébrale de Ripoll. Aujourd'hui que l'anatomie pathologique du mal de Pott est mieux faite, on sait qu'il porte toujours sur les corps vertébraux, même quand la déformation est arrondie au lieu d'être angulaire. Il n'en est pas moins vrai que la gibbosité angulaire dénote en général des lésions plus avancées, mais portant sur un petit nombre de vertèbres et qu'il est par conséquent important de se rendre bien compte de la forme de la saillie osseuse.

Outre cette inflexion dans le sens antéro-postérieur, on pourra aussi constater un certain degré d'incurvation latérale qui indique que les vertèbres sont plus atteintes sur un de leurs côtés.



Enfin on devra étendre l'exploration à la totalité du rachis. Car on peut rencontrer deux gibbosités chez le même malade et, de plus, il faut se rendre compte des *courbures de compensation*, qu'on trouvera à la région cervicale et à la région lombaire.

Les déviations du rachis ne marchent pas seules. Elles entraînent celles des côtes, qui sont aplaties, et du sternum, qui est projeté en avant. Les rapports des viscères peuvent être changés et il ne sera pas superflu de se rendre compte de la situation du cœur et de l'état des poumons, qui seront du même coup, interrogés au point de vue d'une tuberculose possible. Chez la femme la déformation de la colonne vertébrale retentit sur le bassin. Les ailes de l'iléum sont rejetées en dehors, tandis que les ischions sont portés en dedans, ce qui rétrécit le détroit inférieur et acquiert une grande importance au moment de la grossesse.

Enfin, pour être complet, il faudra se rendre compte de l'état de la peau au niveau de la saillie. Elle peut être rouge, se desquamer et même avoir des tendances à l'ulcération, ce qui est important à connaître si on prescrit ou l'immobilité sur le dos ou le port d'un corset. Le plus souvent, le revêtement cutané s'est épaissi à ce niveau et on trouve même une bourse séreuse qui a pour but de faciliter les glissements et dont on notera la présence. Cette bourse séreuse peut elle-même, sous l'influence des frottements, devenir le siège d'altérations diverses (hygroma), et constituer une tuméfaction parfois douloureuse, qui vient s'ajouter à la saillie de la vertèbre. Si l'on n'était prévenu de cette particularité, il pourrait en résulter une cause d'erreur.

Mais quelquefois la gibbosité est à peine saillante. La lésion vertébrale peut être cependant découverte de la façon suivante. On palpera et même on exercera des pressions sur la série des apophyses épineuses et on en trouvera une douloureuse, c'est la vertèbre suspecte. On a recommandé de promener une éponge chaude sur le rachis et même des électrodes, manœuvres qui détermineraient de la douleur au niveau de la vertèbre affectée. Ce sont là des pratiques qui courent dans tous les livres, mais qu'on ne met jamais en vigueur au lit du malade.

Une troisième variété anatomique importante est celle où les symptômes nerveux dénotent une lésion médullaire qui se manifeste le plus souvent par une *paraplégie*. La *motilité est en effet atteinte avant la sensibilité dans le mal de Pott*. On commandera donc au malade de faire quelques pas et on verra que sa démarche est incertaine, qu'il fléchit les genoux, en un mot qu'il a de la faiblesse des membres inférieurs. On conseillait autrefois de lui peser sur les épaules afin de se rendre compte du degré de son énergie musculaire. C'est une pratique abandonnée et à juste raison, à cause du tassement brusque qu'elle peut produire sur des vertèbres minées par la tuberculose.

On ne confondra pas cette démarche incertaine avec celle de l'ataxique qui, lui, n'est pas maître de ses mouvements et qui, les yeux fermés, ne peut plus avancer.

En examinant les muscles des jambes, on s'apercevra qu'ils sont plus ou moins atrophiés et atteints de paralysie. Cette paralysie est toujours flasque au début, mais à une période plus avancée, on trouvera de la contracture et de l'épilepsie spinale.

Cette dernière se décèle de la façon suivante : on prend l'extrémité du pied et par un mouvement brusque on le place en flexion forcée ; immédiatement on voit se produire une trépidation particulière, qui du pied gagne la jambe et peut même s'étendre au membre inférieur tout entier.

On interrogera aussi les réflexes rotuliens. Ceux-ci deviennent exagérés au moment où la paraplégie est complète et ces symptômes réunis prouvent que la myélite occupe toute l'épaisseur de la moelle dans le sens transversal. Les fonctions vésicales et rectales peuvent être atteintes et il faudra s'en assurer. Enfin on n'oubliera pas que la myélite peut être ascendante et déterminer, dans le mal dorsal, des paralysies du côté des membres supérieurs ; aussi devra-t-on les examiner à ce point de vue.

La sensibilité des départements atteints sera toujours explorée à l'aide des moyens indiqués dans la première partie de cet ouvrage. L'anesthésie tactile se montre la première dans le mal de Pott ; puis l'anesthésie thermique, enfin l'analgésie.

Disons, en terminant, que lorsque la déformation vertébrale est bien nette et qu'il existe des manifestations nerveuses évidentes, on peut localiser la lésion dans le corps de la vertèbre et être certain que l'on a affaire à une tuberculose enkystée.

Quand, au contraire, l'abcès par congestion apparaît pour ainsi dire seul, sans déviation du rachis, sans signes de compression nerveuse, du moins dans les premiers temps de l'affection, il faudra plutôt songer à une tuberculose superficielle et étendue, à une tuberculose vertébrale antérieure.

**Diagnostic des déviations du rachis.** — Les déviations du rachis se font soit dans le sens antéro-postérieur, soit dans le sens latéral.

Les premières s'appellent *cyphose* ou *lordose* ; la cyphose représentant le *dos voûté*, le *dos rond* ; la lordose au contraire correspondant à ce qu'on appelle vulgairement l'*ensellure*. Ces deux déformations ne sont pas à proprement parler des maladies chirurgicales. Elles constituent le plus souvent des infirmités, dont le diagnostic se fait à première vue. Le seul point intéressant consiste à rechercher la cause de la déviation.

Nous avons déjà montré que le rachitisme pouvait produire la cyphose et donné les moyens de le différencier de la gibbosité du mal de Pott. Nous en aurons dit assez, quand nous aurons attiré l'attention du clinicien sur l'examen des muscles fléchisseurs et extenseurs de la colonne vertébrale, qui montre si la déformation est due à une paralysie ou à une contracture de l'un de ces groupes musculaires.

La déviation latérale a reçu le nom de *scoliose* et chez les adolescents représente un type clinique bien connu. Chemin faisant, nous avons indiqué les moyens de reconnaître la déformation due à la scoliose essentielle de celle occasionnée par le mal de Pott ; il nous faut maintenant étudier les symptômes qui permettent de différencier cette scoliose des autres déviations du rachis (primitives ou secondaires) et montrer aussi quels sont les moyens qui permettent de diagnostiquer le degré de la lésion.

La déformation en effet peut être évidente, sauter aux yeux ou, au contraire, à son début ne se manifester que par des signes très atténués et difficiles quelquefois à percevoir. C'est dans ce dernier cas qu'il faut savoir examiner le malade et pour cela on devra s'y prendre de la façon suivante :

On placera le dos du sujet à examiner en pleine lumière, et comme on a affaire dans la grande majorité des cas à une jeune fille, on laissera tomber doucement les vêtements en les attachant autour de la taille et on aura soin, pendant qu'on examine la région postérieure de couvrir les seins soit avec le corsage, soit avec une serviette. Les cheveux seront relevés sur la nuque. On commandera à la malade de se tenir bien droite, dans la position du soldat sans armes, les bras tombant sans effort le long du corps.

La saillie des apophyses épineuses sera indiquée comme nous l'avons prescrit dans le chapitre de l'*Exploration clinique* et, ceci fait, on verra immédiatement qu'il y a une inflexion latérale du rachis et de quel côté est tournée la convexité.

Il existe des cas dans lesquels la colonne vertébrale ne paraît pas déviée, mais où on constate la saillie de l'angle inférieur de l'omoplate et l'élévation de cet angle par rapport à l'omoplate du côté opposé.

Ces signes seront du reste rendus sensibles à l'aide de l'application d'un ruban métrique qui, placé horizontalement, montrera que les deux pointes ne sont pas à la même hauteur. Outre la saillie et l'élévation, l'extrémité inférieure de l'omoplate peut être rejetée en dehors, ce qui deviendra évident en mesurant la distance qui sépare cette extrémité inférieure de la colonne vertébrale.

Ces différents symptômes prouvent que l'omoplate est déplacé et, d'après nous, seraient une preuve en faveur de la déformation primitive des côtes amenant à sa suite l'incurvation du rachis ; mais quelle que soit la raison de cette déviation, que les côtes soient déformées primitivement ou secondairement, il faudra toujours s'en assurer.

On peut alors se servir de *cyrtomètres* ou d'instruments très précis mais assez compliqués, qui ne sont pas d'un usage