

c'est dans ces cas qu'on a observé le plus souvent la diminution de la sécrétion urinaire et la glycosurie. Brodie cite un blessé qui ne rendit que 120 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures. Dans un autre cas publié par M. Diday, la sécrétion urinaire fut complètement supprimée; le blessé, qui succomba en six heures, n'avait pas uriné depuis l'accident; et l'on ne trouva pas une goutte d'urine dans la vessie.

Les deux symptômes qui appartiennent spécialement aux traumatismes de la région cervicale sont : l'érection et les troubles oculo-pupillaires.

Le plus souvent ce n'est pas une érection véritable que l'on observe, mais plutôt une simple turgescence du pénis, qui ne s'accompagne d'aucune sensation voluptueuse. Tantôt l'érection se prolonge d'une manière continue, tantôt elle est passagère, et se reproduit sous l'influence d'excitations diverses, celles du cathétérisme, par exemple. Il est rare que l'érection soit suivie d'éjaculations, sauf dans les cas où la lésion porte sur la région bulbaire de la moelle, et où la mort survient rapidement.

Quant aux troubles oculo-pupillaires, résultant d'une lésion de la moelle, ils ont été longtemps méconnus, bien que, dès 1828, ils eussent été signalés par Brodie. Dans un travail spécial, Ogle (1) attira l'attention sur ce point; de son côté, M. Rendu (2) a pu réunir 18 observations dans lesquelles des troubles oculaires ont été notés à la suite de blessures de la moelle. Rappelons enfin que Mlle Klumpke a insisté d'une façon toute particulière sur la coïncidence entre les paralysies radiculaires inférieures du plexus brachial, portant sur les 7^e et 8^e cervicales et la 1^{re} dorsale, et les phénomènes oculo-pupillaires.

Tantôt on observe la contraction de la pupille, tantôt sa dilatation; toutefois c'est le resserrement de la pupille qui a été le plus souvent observé. Sur les 18 cas de troubles oculo-pupillaires recueillis par Rendu, la contraction de la pupille a été notée 14 fois. Les lésions portaient sur les 5^e, 6^e et 7^e vertèbres cervicales ou sur la 1^{re} dorsale, ce qui confirme la théorie de Budge, sur le centre cilio-spinal. Cet auteur, en effet, place ce centre entre la 4^e vertèbre cervicale et la 5^e dorsale. La dilatation pupillaire est beaucoup plus rare; Rendu n'en a pu réunir que 5 observations auxquelles il a joint un quatrième fait personnel.

En même temps que les phénomènes précédents, on trouve souvent des modifications du côté du pouls et de la température. Dans les blessures de la partie supérieure de la région cervicale, c'est le ralentissement du pouls qu'on observe habituellement; au contraire, dans les lésions de la partie inférieure de la même région, le pouls est accéléré, ce qui peut tenir à l'excitation du nerf accélérateur de Cyon. Le plus souvent la température est élevée au-dessus de la normale; mais on rencontre aussi l'abaissement de la température. Chez un malade qui succomba cinq jours après une fracture de la colonne cervicale, Jonathan Hutchinson (3) nota un abaissement de la température qui descendit à 35 degrés. Du reste, l'auteur ajoute qu'habituellement l'élévation thermique fait place, au bout d'un certain temps, à un abaissement de température qu'il a vu persister encore après cinq mois. D'après Nieden (4), on observe, dans les

(1) *Medico-chir. Transact.*, 1858, t. XLI, p. 598.

(2) H. RENDU, *Des troubles fonctionnels du grand sympathique dans les plaies de la moelle*. *Arch. gén. de méd.*, sept. 1869.

(3) JONATHAN HUTCHINSON, *Sur la température et la circulation après les écrasements de la moelle à la région cervicale*. *The Lancet*, 22 mai 1875.

(4) *Berliner klin. Woch.*, 16 déc. 1878, n° 50, p. 742.

traumatismes de la moelle cervicale, tantôt un abaissement, tantôt une élévation de température, sans qu'on puisse trouver la raison de cette différence, ni dans le siège, ni dans la nature de la lésion médullaire.

La blessure siège-t-elle plus haut que nous ne l'avons supposé jusqu'ici, c'est-à-dire au niveau de la 5^e et de la 2^e vertèbre cervicale, le diaphragme est paralysé. Les muscles du cou se contractent convulsivement pour faire pénétrer l'air dans la poitrine; mais le malade ne tarde pas à périr asphyxié. Enfin si la blessure siège au voisinage du trou occipital, le bulbe est intéressé et la mort est foudroyante. On connaît sous ce rapport l'histoire tragique rapportée par J.-L. Petit (1) : « Le fils unique d'un ouvrier, âgé de six à sept ans, entra dans la boutique d'un voisin, ami de son père. En badinant avec cet enfant, il lui mit une de ses mains sous le menton et l'autre sur le derrière de la tête, puis l'éleva ainsi en l'air... A peine cet enfant eut-il perdu terre qu'il se mutina en l'air, se disloqua la tête et mourut à l'instant. Son père, qui dans le moment fut averti, transporté de colère, courut après son voisin et, ne pouvant l'atteindre, lui jeta un marteau de sellier qu'il tenait à la main et lui enfonça la partie tranchante de ce marteau dans ce qu'on nomme la fossette du cou. En coupant tous les muscles, il pénétra l'espace qui se trouve entre la 1^{re} et la 2^e vertèbre du cou et lui coupa la moelle de l'épine, ce qui le fit périr à l'heure même. Ainsi ces deux morts arrivèrent d'une façon presque semblable. » La dilacération du bulbe, au moyen d'une épingle introduite dans l'espace qui sépare l'atlas de l'occipital, est un procédé qui a été plus d'une fois mis en usage dans l'infanticide et qui doit être bien connu du médecin légiste. Vix (2) a rapporté un cas intéressant de blessure unilatérale de la moelle allongée : Il s'agit d'un homme qui avait reçu dans la nuque un coup de couteau à 5 centimètres au-dessous et à 2 centimètres à gauche de la protubérance occipitale. Immédiatement après l'accident, il y eut une paralysie motrice du côté droit, accompagnée d'hyperesthésie; à gauche, la sensibilité à la douleur et à la température était abolie, la motilité était intacte. La plaie siégeait entre l'atlas et l'occipital; au début, il y eut une issue abondante du liquide céphalo-rachidien.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Les troubles de la sensibilité et de la motilité que nous avons précédemment exposés constituent les premiers symptômes des lésions médullaires; mais bientôt on voit se produire une nouvelle période, caractérisant le travail de réaction qui se fait du côté de la moelle et de ses enveloppes et qui aboutit au développement de la myélite. Le malade accuse des fourmillements, des crampes, des sensations de brûlure, qui traduisent la réaction de la moelle. En même temps la fièvre s'allume, la myélite peut conduire, soit à la terminaison funeste, soit à la guérison. Du reste, les dangers viennent bien plus des complications que de l'inflammation de la moelle elle-même. La mort est souvent causée par les troubles urinaires : les urines deviennent ammoniacales; une cystite, caractérisée par la tendance à l'ulcération et à la purulence, se déclare, les reins eux-mêmes sont envahis, et la mort survient par urémie. Un autre danger naît de la tendance aux ulcérations et aux eschares chez les paraplégiques, tendance aggravée encore par la pression

(1) J.-L. PETIT, *Traité des maladies des os*, t. I, p. 51. *Des causes de la luxation de la tête*.

(2) VIX, *Ein Fall von einseitiger Verletzung des verlängerten Markes und seine Folgen, tiefe Störungen der Motilität auf der rechten, der Sensibilität auf der linken Körperhälfte*. *Correspondenzblatt für ärztl. Verein im Rheinlande*, 1874.

longtemps continuée sur les mêmes saillies osseuses, et par l'écoulement incessant de l'urine et des matières fécales dont le malade est baigné. De là, ces eschares au sacrum qui, mettant à nu les os et ouvrant le canal rachidien, déterminent la terminaison funeste par une méningite purulente.

La blessure occupe-t-elle la partie inférieure de la région dorsale ou la région cervicale, tous les dangers que nous venons d'énumérer s'augmentent encore des craintes d'une asphyxie rapide. Aussi dans ces cas la mort ne se fait-elle pas longtemps attendre. Cependant la guérison est encore possible, pourvu que la moelle ne soit pas intéressée en totalité. Ainsi, dans le fait de Vix, que nous avons rapporté plus haut, en dépit de la lésion de la moelle cervicale à sa partie supérieure, le blessé survécut pendant cinq années.

C'est généralement la sensibilité qui se rétablit la première, les mouvements réflexes s'atténuent s'ils étaient exagérés, la sensibilité reparait dans les extrémités, la vessie et le rectum recouvrent leurs fonctions; enfin, la motilité elle-même se rétablit depuis les extrémités terminales des membres jusque vers leur racine. Toutefois on a pu observer une marche différente; ainsi, dans un cas de Viguès, le mouvement était rétabli, alors que la sensibilité était encore très obtuse.

Le temps nécessaire pour le rétablissement des fonctions est toujours assez long; on peut l'évaluer à cinq ou six mois en moyenne, et parfois les troubles nerveux persistent beaucoup plus longtemps. Brown-Séguard a vu un paraplégique qui, au bout de vingt-quatre ans, présentait encore une anesthésie prononcée à gauche, en même temps qu'une diminution de la motilité et du sens musculaire à droite. Cette persistance des troubles physiologiques ne va pas sans troubles nutritifs; c'est ainsi qu'on observe habituellement l'atrophie des membres paralysés.

Au reste, quel que soit le temps nécessaire au rétablissement des fonctions, quand la guérison doit survenir, l'amélioration ne tarde pas en général à se manifester. Souvent au bout des quinze premiers jours, on en constate les premiers symptômes. Si après cinq ou six semaines, il n'y a pas eu de progrès, il n'y a plus à compter sur la guérison; on comprend l'importance de cette donnée pour le pronostic.

Du reste, on ne doit pas se faire illusion sur la véritable signification du mot guérison appliqué aux blessures de la moelle. Déjà nous nous en sommes expliqués en parlant des fractures de la colonne vertébrale. Il y a guérison en ce sens que la vie du malade est conservée; mais la plupart du temps, les lésions médullaires, la myélite et les dégénérescences scléreuses qui en sont la conséquence amènent à leur suite des infirmités persistantes, troubles de la sensibilité, troubles trophiques, atrophie musculaire, contractures, etc. Il reste parfois un certain degré d'incontinence des urines, et même des matières fécales. Les fonctions génitales peuvent être plus ou moins altérées; chez certains malades, les désirs vénériens ont complètement disparu; chez d'autres, ils persistent, mais l'érection est impossible. M. Ségalas a cité, à l'Académie de médecine, l'exemple d'un blessé qui pouvait exercer le coït, avec perception de la sensation voluptueuse, mais sans éjaculation. Chez un autre malade cité par Brachet, l'éjaculation avait lieu, mais sans secousses, ni sensation de plaisir.

Parmi les conséquences éloignées des traumatismes médullaires, nous devons signaler les troubles oculaires. Cette forme particulière d'amblyopie a été étudiée

d'une façon spéciale par Wharton Jones (1) qui la considère comme la conséquence d'une lésion du grand sympathique à ses origines médullaires; d'où les troubles de circulation et de nutrition de la rétine et du nerf optique. Clifford Allbutt (2) a repris l'étude de cette question. Chez les sujets qu'il a examinés, il a constaté une turgescence considérable des veines rétinienne, tandis que les artères étaient difficiles à distinguer. Cet auteur combat l'opinion de Wharton Jones sur la pathogénie des accidents, en faisant remarquer qu'on ne trouve pas, du côté de la face et de l'extérieur de l'œil, les troubles qui devraient exister, si l'amblyopie dépendait d'une lésion du grand sympathique. Clifford Allbutt pense qu'ici comme dans les lésions crâniennes, l'hyperémie du fond de l'œil doit être attribuée à la méningite. Il y aurait donc une méningite ascendante; et la preuve que telle est bien la véritable pathogénie, c'est que, plus la lésion médullaire occupe un point élevé, plus vite se manifeste l'amblyopie. Dans un récent travail, Bruce Clarke (3) appelle l'attention sur la fréquence des troubles papillaires associés à la commotion de la moelle. Trois fois sur quatre, cet auteur a constaté des phénomènes d'hyperémie de la papille, sans changement apparent dans l'extérieur de l'œil. Pour lui, ces troubles oculaires sont assez persistants pour qu'ils puissent faire affirmer la réalité de la commotion spinale, alors même que les symptômes paralytiques ont disparu. Ils ont dès lors une certaine importance en médecine légale.

Diagnostic. — Le diagnostic de lésion de la moelle en lui-même ne saurait présenter de sérieuses difficultés; les troubles de la sensibilité et du mouvement dans toute la moitié inférieure du corps suffisent à prouver la lésion. Quant au siège exact des altérations anatomiques, l'étude des symptômes basée sur les données que nous venons d'énumérer permet également de se faire une conviction. Ce qui est beaucoup plus difficile, c'est d'arriver à différencier, les unes des autres, les différentes lésions anatomiques que la moelle a pu subir. Jusqu'ici nous n'avons pas de signes qui nous permettent de distinguer la commotion des plaies contuses et de la compression. Et cependant cette distinction serait bien désirable, en vue des interventions chirurgicales qui peuvent être entreprises en pareil cas. Quand il s'agit d'une luxation des vertèbres, les phénomènes médullaires sont à mettre sur le compte de la compression exercée par l'os déplacé. Dans les fractures, déjà les conclusions que l'on peut formuler sur la nature de la lésion médullaire sont moins nettes. En effet, si l'on est en droit de penser que des fragments déplacés soient des agents de compression, d'autre part, il est bien difficile de préciser ce qui revient à la contusion, ou même à l'écrasement de la moelle. Il n'est pas jusqu'à la commotion de la moelle qui ne puisse produire une paraplégie complète; mais ici c'est surtout la marche des accidents qui permettra de porter le diagnostic, l'amélioration ne devant pas tarder à se montrer, s'il s'agit d'une commotion simple.

Dans les cas de plaies par instrument piquant ou tranchant, les difficultés sont moindres; on peut soupçonner qu'il s'agit d'une solution de continuité plus ou moins nette. On a même vu l'ouverture du canal rachidien être annoncée

(1) WHARTON JONES, *Amaurotic amblyopia long after the injury, in cases of concussion of the spinal marrow.* *British med. Journal*, 24 July 1869.

(2) *On the ophthalmic signs of spinal diseases.* *The Lancet*, 15 janv. 1870.

(3) BRUCE CLARKE, *Change in the optic disc associated with spinal concussion.* *St-Bartholom. hosp. Reports*, XVI, p. 171, 1880.

par l'écoulement au dehors du liquide céphalo-rachidien; le fait a été observé par Lenoir sur un malade de l'hôpital Necker; déjà nous avons signalé une blessure du bulbe par coup de couteau, qui s'était compliquée de l'issue abondante de liquide céphalo-rachidien (cas de Vix).

Si, au lieu d'être complètement interrompue, la moelle présente seulement une blessure partielle, les difficultés de diagnostic deviennent encore plus grandes. Toutefois, nous avons pour nous guider, dans certains cas, les données de la physiologie. S'agit-il, par exemple, d'une abolition de la sensibilité avec conservation du mouvement d'un côté, tandis que la motilité est abolie du côté opposé, on est en droit d'en conclure qu'il s'agit d'une hémisection de la moelle. La perte du mouvement avec conservation de la sensibilité suppose une lésion des cordons antérieurs de la moelle. Ainsi, chez un blessé de Bégin, frappé à la partie postérieure du cou, les membres du côté droit étaient paralysés du mouvement avec conservation de la sensibilité. A l'autopsie, on trouva implantée, au niveau de la 6^e vertèbre cervicale, une lame de couteau qui avait divisé tout le faisceau antéro-latéral droit, en laissant intact le faisceau postérieur.

Le *Compendium* ⁽¹⁾ rapporte encore le fait d'un malade de Velpeau, atteint d'une fracture du rachis avec paralysie du mouvement et conservation de la sensibilité dans les membres inférieurs, et chez lequel on trouva les cordons antérieurs de la moelle occupés par un abcès, tandis que les postérieurs ne présentaient aucune lésion. Inversement, l'anesthésie existant indépendamment de la paralysie motrice devrait faire penser à une lésion des faisceaux postérieurs et de la substance grise de la moelle.

Pronostic. — D'une manière générale, les blessures de la moelle comportent un pronostic d'une haute gravité. Dans un très grand nombre de cas, la mort en est la conséquence. Elle survient par asphyxie peu de temps après l'accident, ou bien le blessé succombe aux complications ultérieures, myélite, eschares au sacrum, troubles urinaires. Plus le niveau occupé par la blessure est élevé, plus le danger s'accroît. Toutefois, même dans les plaies de la région cervicale, la guérison est possible. Le malade de Vix, dont nous avons déjà parlé, a guéri; un tambour de la garde nationale, soigné par Boyer, guérit, bien qu'il eût reçu un coup de sabre vers le haut de la région cervicale. Même dans les blessures par armes à feu de la région cervicale, la guérison est possible. Ollivier rapporte le cas d'un sous-officier, qui eut le cou traversé par une balle et qui tomba paralysé des membres supérieurs et inférieurs, de la vessie et du rectum; il survécut néanmoins avec une raideur dans la marche et une paralysie bornée à l'un des membres thoraciques. Dans les blessures de la moelle dorsale et lombaire, la guérison est beaucoup plus facile à obtenir. Les blessures par instruments piquants et tranchants sont moins graves, en général, que les plaies contuses et par armes à feu. La présence dans la plaie d'un corps étranger est de nature à aggraver beaucoup le pronostic. Cependant, même dans ces cas, on a pu voir se produire la guérison. Ollivier cite le fait d'un homme qui survécut plusieurs années avec un tronçon d'épée dans la moelle lombaire.

Traitement. — Déjà nous avons indiqué, à propos des fractures du rachis,

⁽¹⁾ *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 688.

les éléments essentiels du traitement qui convient aux lésions traumatiques de la moelle. Placer le malade sur un matelas d'eau, entretenir autour de lui la propreté la plus minutieuse dans le but d'éviter la formation des eschares, ne pratiquer le cathétérisme qu'avec des précautions antiseptiques rigoureuses, combattre par des lavements et des laxatifs la tendance à la constipation, tels sont les principes fondamentaux du traitement. On surveillera attentivement l'état du poumon, et si l'on y découvrirait les signes d'une congestion, on la combattrait par les révulsifs. Il est bien évident que s'il existe une plaie antérieure, celle-ci devra être réunie et pansée antiseptiquement, après qu'elle aura été débarrassée des corps étrangers qui peuvent s'y trouver. Dans les cas de fractures compliquées de plaies, les fragments qui peuvent comprimer la moelle, et, dans les plaies par armes à feu, les projectiles seront enlevés autant que possible, dût-on pour cela recourir à la résection des apophyses épineuses et à la trépanation des lames vertébrales. C'est une opération semblable que Louis et Duplessis pratiquèrent, en 1762, sur M. de Villedon, capitaine du régiment de Vaubécourt ⁽¹⁾. Le blessé avait reçu un coup de feu dans la région dorsale et était tombé sur le coup paralysé des membres inférieurs. On avait débridé la plaie et extrait la balle; Louis le vit le quatrième jour. Ayant porté le doigt au fond de la plaie et senti plusieurs pièces d'os vacillantes, dont quelques-unes assez considérables, il en pratiqua l'extraction; le blessé alla mieux de jour en jour, la paralysie diminua, et, douze ans après, il marchait à l'aide d'une canne, les jambes étant restées faibles et amaigries, l'une d'elles notamment bien plus atrophiée que l'autre.

Chez un blessé qui avait reçu un coup de couteau à la région dorsale, nous avons eu l'occasion de pratiquer l'extraction d'un corps étranger constitué par un fragment de la lame profondément implanté dans la colonne vertébrale. Au moment où nous vîmes le blessé, moins de vingt-quatre heures après l'accident, nous pûmes constater que la plaie répondait à la partie latérale droite de la colonne vertébrale, au niveau de l'articulation de la 7^e avec la 8^e vertèbre dorsale. Elle fut débridée, et le doigt introduit dans la profondeur put reconnaître, immédiatement au-devant des lames vertébrales, mais ne les dépassant que de 2 à 5 millimètres, la surface de section de la lame brisée dans la plaie. Après des tentatives multipliées, cette lame put être saisie avec un davier et extraite. La brisure de la lame était obliquement dirigée, de sorte que le fragment resté dans la plaie mesurait 6 centimètres du côté du tranchant et 6 centimètres 1/2 du côté du dos. La guérison fut la conséquence de cette intervention ⁽²⁾.

Quant à la myélite, conséquence du traumatisme, nous ne pouvons lui opposer que bien peu de moyens. La crainte de voir survenir des eschares doit nous rendre très réservés dans l'application des révulsifs. Toutefois, lorsque la réparation commence à se faire, on peut l'aider par des pointes de feu superficielles appliquées au niveau des gouttières vertébrales. Dans le but de combattre la congestion médullaire, on a conseillé l'ergot de seigle et la belladone; ce dernier médicament a fourni des résultats satisfaisants entre les mains de Brown-Séquard. L'iodure de potassium à petites doses peut être également mis en usage.

⁽¹⁾ Louis, *Remarques et observations sur la fracture et la luxation des vertèbres*. Mémoire posthume. *Arch. gén. de méd.*, août 1836.

⁽²⁾ Voy. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 859, séance du 9 décembre.

Enfin, à une période plus éloignée du début des accidents, quand il s'agit surtout de combattre la paraplégie et d'activer le rétablissement des fonctions de la moelle, on peut employer la strychnine. On en a conseillé en Angleterre l'usage combiné avec celui du sulfate de zinc. Ce dernier médicament peut être donné à la dose de 2 à 5 centigrammes qu'on porte peu à peu jusqu'à 10 centigrammes par jour. Quant à la strychnine, on commence par 5 à 4 milligrammes et l'on peut arriver jusqu'à 1 centigramme. Les frictions excitantes, les bains, les douches, peuvent être employés dans le même but. G. W. Callender a rapporté le fait d'un homme de trente-huit ans qui, à la suite d'une fracture de la colonne vertébrale, présentait une paraplégie complète du mouvement et incomplète de la sensibilité, en même temps que des ulcérations trophiques au niveau des pieds. Ces différents symptômes persistaient depuis quatre ans. Le traitement électrique par les courants continus fut institué et prolongé pendant quatre mois. On employa d'abord huit éléments, puis douze, puis vingt. La guérison des ulcérations fut obtenue; la nutrition des membres fit des progrès, et, lorsque le malade quitta l'hôpital, il marchait facilement à l'aide d'une canne (1).

CHAPITRE II

MALADIES INFLAMMATOIRES DU RACHIS

I

DU MAL VERTÉBRAL DE POTT

Sous le nom de *mal vertébral* ou *mal de Pott*, on décrit la plupart des maladies inflammatoires du rachis. Ce n'est pas qu'on ne puisse rencontrer au niveau de la colonne vertébrale des affections d'autres natures; mais, quand on dit mal vertébral, on veut indiquer qu'il constitue l'immense majorité des maladies de la colonne vertébrale. Suivant la remarque de Bouvier (2), « c'est comme si l'on disait l'affection vertébrale par excellence ». Quant à la dénomination de mal de Pott, elle est due à ce que l'illustre chirurgien anglais, Percival Pott, a donné de la maladie une description symptomatique excellente, qui, depuis lors, n'a pas été surpassée. Ce n'est pas à dire que Pott ait découvert la maladie qui porte son nom, bien loin de là. Déjà l'on trouve dans Hippocrate une mention très explicite de l'affection du rachis que nous envisageons ici; beaucoup d'autres chirurgiens, tels que M. A. Séverin, Platner, Wedel, Le Dran, en ont cité des exemples; mais il faut arriver à Percival Pott et aux deux mémoires successivement publiés par lui en 1779 et en 1785 (3), pour

(1) G. W. CALLENDER, *St-Bartholom. hosp. Reports*, 1875, t. IV, p. 55.

(2) BOUVIER, *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur; du mal vertébral de Pott*, p. 6, Paris, 1858.

(3) PERCIVAL POTT, *Œuvres chirurgicales*, traduit de l'anglais par M. X..., docteur en médecine, t. III, publié en 1892.

trouver un tableau clinique de la maladie. Pott a insisté sur les rapports existant entre les phénomènes paralytiques, les abcès par congestion et la gibbosité rachidienne. Il s'est efforcé, par l'application des cautères, d'obtenir la guérison.

Les chirurgiens français ont surtout fait progresser l'anatomie pathologique de la question. C'est, en effet, aux travaux publiés dans la première moitié de ce siècle, et dus à Delpech (1), Nélaton (2), Nichet (3), Taignot (4), qu'appartient la démonstration de la nature tuberculeuse du mal vertébral. Plus près de nous, Ripoll (5) et Broca (6) se sont efforcés de jeter les bases du diagnostic entre les diverses formes anatomiques de l'affection. Enfin, tout dernièrement, sous le nom de tuberculose vertébrale, le professeur Lannelongue vient de donner du mal de Pott une description magistrale qui nous servira de guide dans tout le cours de notre exposition (7).

Définition. — Sous le nom de mal de Pott ou mal vertébral, on décrit une lésion du rachis caractérisée par une gibbosité, pouvant s'accompagner de paraplégie et d'abcès par congestion. C'est là un complexe symptomatique qui, pendant longtemps, n'a pas répondu à une maladie parfaitement définie; on y faisait rentrer des états anatomiques différents sous le nom d'ostéite, de carie et de tubercules des os. Aujourd'hui, à la faveur des idées modernes sur la tuberculose chirurgicale, on tend à rapporter à la tuberculose toutes les lésions anatomiques du mal vertébral. Telle est l'opinion du professeur Lannelongue, pour qui l'expression de tuberculose vertébrale est synonyme de mal de Pott.

Au point de vue symptomatique, il en est du mal de Pott comme du complexe symptomatique auquel on donne le nom de mal de Bright. Dans ce dernier, l'un des trois termes qui le constituent, lésion rénale, albuminurie, œdème, peut faire défaut. Il est, en effet, des maux de Bright sans œdème. De même, dans le mal de Pott, la paraplégie ou l'abcès par congestion peut ne jamais se manifester.

Anatomie pathologique. — Nous devons étudier, à propos de l'anatomie pathologique, trois ordres de lésions, savoir : 1° les altérations du rachis lui-même; 2° les lésions de voisinage qui portent surtout sur la moelle et les nerfs rachidiens; 3° les lésions viscérales qui peuvent se montrer comme complications à distance.

1° LÉSIONS DU RACHIS. — Les altérations du rachis peuvent affecter deux formes anatomiques principales, suivant que la lésion, pénétrant dans la profondeur du corps vertébral, y creuse une cavité, ou bien qu'elle reste superficielle, en s'étendant à un plus ou moins grand nombre de vertèbres. La première forme peut être appelée *forme limitée caverneuse*; la seconde, *forme diffuse superficielle*.

a. *Forme limitée caverneuse.* — Dans cette variété, le corps d'une ou de plusieurs vertèbres a disparu, et il est remplacé par une cavité, tantôt centrale

(1) DELPECH, *Traité des maladies réputées chirurgicales*, 1816.

(2) NÉLATON, *Recherches sur l'affection tuberculeuse des os*. Thèse de doct. de Paris, 1856.

(3) NICHE, *Mémoire sur la nature et le traitement du mal de Pott*. *Gaz. méd.*, 1855 et 1840.

(4) TAVIGNOT, *Recherches sur le mal vertébral de Pott*. *Expérience*, 1844.

(5) RIPOLL, *Essai sur l'arthrite vertébrale*. Thèse de doct. de Paris, 1850.

(6) BROCA, *Mémoire sur les différentes espèces du mal de Pott*. *Bulletins de la Soc. de chir.*, 1858, t. VIII.

(7) LANNELONGUE, *Tuberculose vertébrale*. Leçons faites à la Faculté de médecine. Paris, 1888.