

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), Tavignot (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) NICHET, *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.

et fermée de toutes parts, tantôt ouverte à l'extérieur (fig. 251). Dans une statistique de 81 cas de mal de Pott, Bouvier a trouvé 22 fois plus de deux vertèbres complètement détruites. Les parois de la cavité anormale sont constituées de toutes parts par un tissu osseux inégal et rugueux, quand la cavité est centrale. Lorsqu'elle est ouverte au dehors, la cavité est tapissée par places par du tissu fibreux, et notamment par le grand surtout ligamenteux antérieur, car c'est du

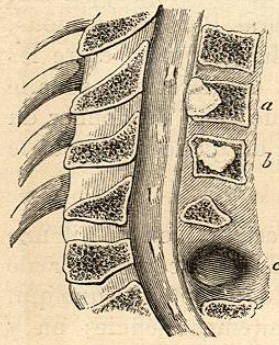


FIG. 251. — Coupe d'une colonne vertébrale tuberculeuse.

a, tubercule ayant usé la face postérieure du corps d'une vertèbre et près de s'ouvrir dans le canal vertébral. — b, tubercule au centre du corps d'une vertèbre. — c, excavation tuberculeuse vide.

côté de la face antérieure des corps vertébraux que le foyer a le plus de tendance à s'ouvrir. Le contenu de ces cavernes est constitué par une matière jaunâtre, tantôt solide et comparable à du mastic, tantôt plus ou moins liquide. Elles renferment également des parcelles osseuses et quelquefois même des séquestres assez volumineux. En même temps que ces cavités, on constate souvent, dans l'épaisseur du corps des vertèbres voisines, des noyaux jaunâtres, circonscrits, de matière caséuse. Il est tout à fait exceptionnel de rencontrer, sur le trajet de la colonne vertébrale, deux foyers cavitaires correspondant à une double gibbosité.

b. *Forme diffuse superficielle.* — Cette forme est celle à laquelle Boyer donnait le nom de carie superficielle, par opposition avec la précédente qu'il désigne sous le nom de carie profonde. Il est habituel de la voir étendue à un grand nombre de corps vertébraux, et même, dans une observation de Gros⁽¹⁾,

tous les corps vertébraux étaient atteints depuis l'axis jusqu'au sacrum. Ici le corps des vertèbres n'est plus profondément excavé comme dans la forme précédente; il présente seulement des érosions superficielles (fig. 252). Le tissu osseux, mis à nu, est irrégulier, criblé d'aspérités et de dépressions, qui lui donnent l'aspect vermoulu; il est dépouillé de son périoste, et recouvert, par places, de fongosités molles et grisâtres, quelquefois même baigné de pus. Les disques intervertébraux participent à l'altération. Ils sont érodés, ramollis, et finissent même par disparaître complètement. Au reste, les deux formes superficielle et cavernueuse, bien qu'ayant une existence distincte, peuvent quelquefois se trouver réunies chez un même malade.

Après avoir, dans la description précédente, donné une idée de l'aspect extérieur des lésions, il nous reste à pénétrer leur nature.

Trois opinions se sont successivement fait jour : 1° celle qui rattache le mal de Pott à la tuberculose osseuse; 2° celle qui en fait une carie vertébrale; 3° celle qui place dans les articulations des vertèbres entre elles le point de départ de la maladie.

Pour la forme cavernueuse, celle à laquelle Boyer donnait le nom de carie profonde, il ne saurait y avoir de doute; il est bien évident qu'elle se rapporte à la tuberculose, et spécialement à cette forme que Nélaton désignait sous le nom de tubercule enkysté. Il est en effet facile de retrouver sur les corps vertébraux tous les intermédiaires depuis la granulation tuberculeuse, en passant par les foyers caséux plus ou moins étendus, jusqu'aux cavernes tuberculeuses, telles

(1) GROS, *Bull. de la Soc. anat.*, 1859, p. 560.

que nous les avons précédemment décrites. Quant à la forme diffuse superficielle, carie superficielle de Boyer, sa véritable nature a été longtemps méconnue. On la séparait à tort du tubercule pour la rattacher à la carie, affection osseuse que caractérisait pour Volkmann et Ranvier la dégénérescence graisseuse primitive des ostéoplastes. Mais les travaux modernes sont venus modifier complètement l'opinion à cet égard; la découverte du follicule tuberculeux, celle du bacille de la tuberculose, la possibilité de l'inoculation aux animaux des produits tuberculeux sont autant de circonstances qui permettent, à l'heure actuelle, de rattacher à la tuberculose cette forme pathologique qu'on en avait distraite à tort sous le nom de carie, et que déjà cependant Nélaton désignait sous le nom d'infiltration tuberculeuse. Il est donc admis, à l'heure actuelle, que, sous ses deux formes, cavernueuse et superficielle, le mal de Pott est toujours de nature tuberculeuse.

Mais le début de la maladie a-t-il toujours lieu par le tissu osseux lui-même, ou bien faut-il admettre que les lésions puissent débiter par les disques et les articulations intervertébrales? Cette dernière opinion est celle qui a été défendue par Ripoll et Broca; ces auteurs ont décrit, sous le nom de polyarthrite vertébrale, une forme particulière du mal de Pott. Déjà, du reste, Nichet⁽¹⁾ avait cité des cas dans lesquels il avait observé du pus au centre des disques intervertébraux. Nous avons précédemment noté la fonte purulente de ces disques et les altérations articulaires dans la tuberculose vertébrale. Mais reste à savoir si ces lésions sont véritablement primitives; rien ne le prouve. Au contraire, tout tend à faire admettre que, sous ses diverses formes macroscopiques, le mal de Pott présente en réalité une nature unique, et que, dans tous les cas, il est dû à la tuberculose osseuse, les altérations articulaires, quand elles sont constatées, n'étant que secondaires.

Ce n'est pas à dire qu'on ne puisse observer dans les articulations de la colonne vertébrale des altérations analogues à celles du rhumatisme chronique; et, dans son *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*⁽²⁾, Leyden décrit l'arthrite déformante des vertèbres; mais les caractères de cette affection sont différents de ceux du mal de Pott; aussi ne saurait-elle être comprise dans une même description.

2° LÉSIONS DE VOISINAGE. — Dans les parties molles voisines du rachis se développent les abcès par congestion; nous ne faisons du reste que les signaler

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

(2) LEYDEN, *Traité clinique des maladies de la moelle*; traduction française, 1879, p. 200.

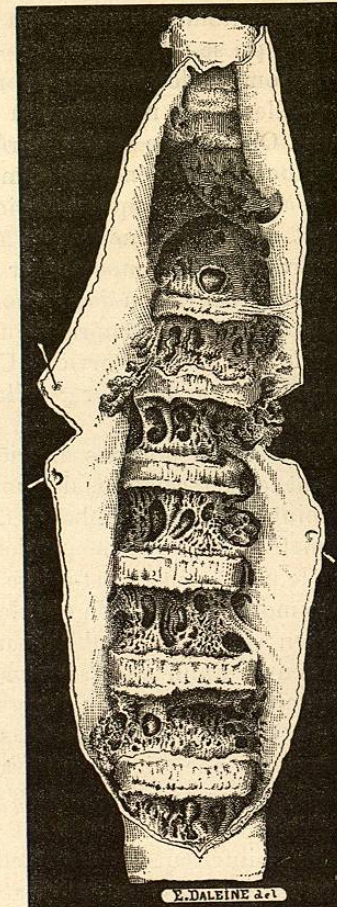


FIG. 252. — Tuberculose superficielle étendue à un grand nombre de corps vertébraux. (Figure empruntée à M. Lannelongue, *Tuberculose vertébrale.*)

en ce moment, puisque nous devons leur consacrer une description spéciale. M. Lannelongue insiste beaucoup sur la coïncidence avec le mal vertébral, d'engorgements ganglionnaires qui confinent à la lésion, et forment quelquefois des chapelets ganglionnaires très étendus. Il en figure même dans ses *Leçons* (1) un bel exemple.

Le même auteur insiste sur la présence de granulations tuberculeuses disséminées à une certaine distance du foyer vertébral, sur les séreuses par exemple, plèvre, péritoine, sur l'intestin et le poumon. Ce sont là, du reste, des circonstances qui se retrouvent dans les autres variétés de tuberculose.

Au nombre des complications les plus intéressantes dans les parties molles sont celles qu'on rencontre du côté des gros vaisseaux, aorte et veine cave inférieure. On a même noté la perforation de l'aorte qui, chez un malade, donna naissance à une énorme tumeur pulsatile, s'étendant depuis le diaphragme jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure (2). Deux autres cas, appartenant à Bardenheuer (3) et à Edw. Dewes (4) ont été consignés dans le rapport de M. Monod (5) sur l'ulcération des artères au contact des foyers purulents. En raison des rapports spéciaux de l'artère vertébrale avec les vertèbres du cou, on comprend que l'ulcération de ce vaisseau ait pu être observée dans le mal de Pott cervical. Un fait de cette nature a été présenté à la Société anatomique par Regnier (6); Hasse et Legouest ont fait connaître chacun une observation analogue.

A côté des ulcérations artérielles, et beaucoup plus fréquentes qu'elles, se placent les déformations de l'aorte liées à l'existence du mal de Pott. Au niveau du point où siège la gibbosité de la colonne vertébrale, l'aorte, placée dans le sommet de l'angle formé par les deux segments du rachis, subit une inflexion dans le même sens, c'est-à-dire qu'elle forme un angle ouvert en avant. Il y a, en un mot, une inflexion simple du vaisseau. Dans d'autres cas, l'aorte est soulevée en avant par un abcès par congestion, et décrit une courbe à convexité antérieure. Enfin une troisième déformation est constituée par le déjettement sur le côté de l'artère qui, alors, décrit une inflexion latérale. Ces changements de direction de l'aorte n'ont pas un simple intérêt anatomo-pathologique; mais, en amenant une plicature du vaisseau, ils déterminent un rétrécissement de son calibre, qui se présente parfois sous la forme d'une fente valvulaire transversale. On comprend qu'il en résulte une diminution dans l'apport vasculaire des membres inférieurs, pouvant elle-même jouer un certain rôle dans la parésie qu'on observe si souvent en pareil cas. La veine cave peut également être comprimée par un abcès ou par les fongosités; de là, des œdèmes et des congestions veineuses des membres inférieurs.

Déjà les déformations de l'aorte ont été signalées par Bouvier: « L'aorte, dit-il, accompagne constamment la colonne dans les flexuosités qu'elle décrit. Sur cette figure, l'artère principale du corps offre une convexité droite très prononcée et un pli à gauche et en avant (7). » Deux auteurs anglais, Goodhart

(1) LANNELONGUE, *Tuberculose vertébrale*, p. 95.

(2) *British med. Journal*, 9 juillet 1859.

(3) Allgemeiner ärztl. Verein in Cöln, séance du 15 juillet 1879.

(4) *London journal of medicine*, January 1852, p. 55.

(5) MONOD, *De l'ulcération des artères au contact des foyers purulents. Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 666.

(6) REGNIER, *Bull. de la Soc. anat.*, t. LII, 1877, p. 504.

(7) BOUVIER, *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, 1858, p. 17.

et Hilton Fagge, ont cité des cas de déviations aortiques. Mais nul plus que le professeur Lannelongue n'a insisté sur ces lésions dont il a fait ressortir toute l'importance (1). Il a inspiré sur ce sujet la thèse de son élève, M. Tounissont (2).

Mais, de toutes les lésions de voisinage, celles qui, dans le mal vertébral, présentent sans contredit le plus haut intérêt sont celles qu'on rencontre du côté de la moelle et de ses enveloppes, et sur les nerfs rachidiens.

La moelle peut souffrir de deux manières différentes du voisinage d'un mal de Pott. Elle peut être comprimée, soit par les os déformés, soit par le pus d'un abcès par congestion pénétrant dans le canal rachidien. Dans d'autres cas, il ne s'agit plus de compression, mais d'une inflammation de voisinage qui s'est propagée à la moelle et aux méninges.

Il n'est pas sans intérêt de chercher à déterminer la part qui revient à chacun de ces deux modes de lésions médullaires dans le mal vertébral; car, ainsi que nous le dirons au sujet du traitement, suivant l'opinion que l'on se fera sur la nature des phénomènes paralytiques, on sera conduit à intervenir pour supprimer la compression, ou bien, au contraire, on conseillera l'abstention. Que la compression existe en certains cas, c'est ce qui ne saurait être nié; on a pu voir, en effet, la paraplégie disparaître au moment où un abcès par congestion se manifestait au dehors; ce qui prouve que, dans ce cas, le pus était l'agent de compression. On peut voir également les phénomènes paralytiques s'amender sous l'influence des moyens qui ont pour effet de redresser les courbures pathologiques du rachis. Mais, il faut bien le dire, ce sont là des cas assez exceptionnels; et, à côté de cela, combien ne voit-on pas de maux de Pott accompagnés d'une déviation considérable du rachis, sans qu'il y ait aucun vestige de phénomènes médullaires! D'autre part, des symptômes nerveux graves peuvent se faire jour en l'absence de toute déformation osseuse appréciable. Ce n'est donc point à la compression mécanique qu'il faut attribuer le plus grand rôle dans les phénomènes médullaires du mal de Pott, mais bien à la propagation de l'inflammation à la moelle et à ses enveloppes; propagation signalée depuis longtemps, mais qui a surtout été bien étudiée par M. Charcot, et par son élève, Michaud, dans sa thèse de doctorat de 1871, par M. Bouchard et par M. Cornil.

La dure-mère acquiert parfois une épaisseur considérable et se montre recouverte, à sa face externe, d'une couche de pus caséeux, tandis que sa face interne demeure parfaitement intacte. C'est à cette forme particulière d'inflammation méningée que MM. Charcot et Michaud ont donné le nom de pachyméningite externe caséuse. C'est surtout à la partie antérieure ou sur les régions antéro-latérales de la dure-mère que se rencontrent ces altérations. La cause de cette localisation est la suivante: Peu à peu le ligament vertébral commun postérieur s'ulcère, la matière tuberculeuse provenant du foyer osseux malade se trouve en contact avec la face externe de la dure-mère, elle l'irrite; de là des fongosités, des plaques végétantes et la production de suppuration au contact des méninges. Mais il y a plus; la tuberculose s'inocule de proche en proche à la dure-mère elle-même, et la pachyméningite qui se montre en pareil cas affecte le caractère tuberculeux, ainsi que cela résulte des examens histologiques pratiqués par M. Cornil. De petits abcès caséeux peuvent se montrer dans l'épaisseur même de la dure-mère. Il est plus exceptionnel de voir l'inflammation se propager à la

(1) LANNELONGUE, *Tuberculose vertébrale*, p. 98 et suiv.

(2) CAMILLE TOUNISSONT, Thèse de doct. de Paris, 1887, n° 151.

face interne de cette membrane, où elle peut se manifester, soit par des fausses membranes, soit par un semis de granulations tuberculeuses dans la cavité arachnoïdienne. Des hémorragies peuvent même se produire. M. Lannelongue dit avoir rencontré un hématome considérable entre la dure-mère et la pie-mère.

Cette pachyméningite est elle-même pour la moelle un agent de compression. Quelle que soit, du reste, la cause qui ait donné naissance à la compression médullaire, les lésions produites sont les mêmes; ce sont celles d'une myélite transverse. Tantôt le cordon médullaire a conservé son volume normal; tantôt il présente un rétrécissement considérable. L'examen histologique permet de constater au point malade une atrophie des éléments nerveux, une production abondante de corps granuleux, en même temps que le réticulum fibrillaire interstitiel s'épaissit, et aboutit à la longue à une sclérose plus ou moins étendue.

Mais les lésions de la moelle ne se limitent pas au point occupé par le mal de Pott; elles ont pour conséquence des dégénérescences secondaires qui s'irradient au-dessus et au-dessous du foyer initial de myélite. Ce sont les travaux de Türk, ceux de Leyden, de Charcot et de Vulpian, et enfin le mémoire important de Bouchard⁽¹⁾ qui ont fait connaître l'existence et le mode de répartition de ces dégénérescences secondaires. Pour les cordons antéro-latéraux, elles suivent une direction descendante; la sclérose est ascendante, au contraire, dans les cordons postérieurs. Ces dégénérescences sont analogues à celles des nerfs isolés de leurs centres trophiques.

Les nerfs rachidiens et leurs racines peuvent être aussi le siège de lésions. Celles-ci résultent moins de la compression par les os que de celle que leur fait subir la dure-mère altérée. Les trous de conjugaison conservent en effet leurs dimensions normales; quelquefois même plusieurs d'entre eux se réunissent en un seul orifice suffisant pour mettre les nerfs à l'abri de toute compression osseuse; mais des fongosités, des abcès ossifluents compriment les troncs nerveux, et déterminent des phénomènes de névrite interstitielle et parenchymateuse. Il peut même arriver, suivant la remarque de Bouvier, que les troncs nerveux soient réduits à de minces filets difficiles à reconnaître et à isoler. Ces altérations des racines rachidiennes ont pour conséquence des troubles trophiques, tels que du zona, de l'atrophie musculaire, une tendance aux ulcérations et aux eschares, l'abaissement de la température, etc.

5° LÉSIONS VISCÉRALES. — Nous n'y insisterons pas longuement, car elles n'ont rien de spécial au mal de Pott. Ce sont celles qu'on rencontre partout comme conséquence des suppurations prolongées. Elles consistent dans des dégénérescences, soit graisseuses, soit amyloïdes, des différents viscères, et notamment des reins et du foie.

Les diverses lésions que nous venons de passer en revue du côté du rachis et de la moelle, celle des viscères plus éloignés, aboutissent trop souvent à la mort du malade. Mais cette terminaison funeste n'est pas nécessaire, tant s'en faut, et la curabilité du mal de Pott n'a plus besoin d'être démontrée. Bouvier, entre autres, l'a surabondamment prouvée en ce qui concerne les enfants. Lorsque la guérison survient, nous devons nous demander par quel mécanisme elle se produit. La réparation peut se faire, non seulement du côté des os, mais encore dans l'intérieur de la moelle elle-même.

a. Réparation des lésions osseuses. — Les phénomènes qui se passent sont

(1) BOUCHARD, *Arch. gén. de méd.*, 6^e série, 1866, t. I et II.

différents suivant les cas. Lorsqu'il s'agit de la forme caverneuse, et qu'il y a eu interruption complète dans la continuité des corps vertébraux, le segment supérieur de la colonne vertébrale s'affaisse en formant avec le segment inférieur un angle saillant en arrière (fig. 255); puis, les portions osseuses ainsi mises en contact se soudent lentement entre elles, et le malade guérit au moyen de la gibbosité qui s'est produite. Quelquefois cependant la cavité ne se comble pas, ou du moins ne se comble qu'incomplètement; la réparation se fait alors à l'aide de jetées osseuses périphériques qui rétablissent la continuité de la tige rachidienne. Suivant la remarque du professeur Lannelongue, il est habituel d'observer en pareil cas des débris de masses caséuses qui restent enfoncés dans les cavités persistantes. Le fait est intéressant à noter, parce qu'il peut servir à expliquer un certain nombre de récidives. Lorsqu'il s'agit seulement de lésions superficielles, la réparation est plus facile; la suppuration se tarit, les parois du foyer bourgeonnent, le périoste et les tissus fibreux voisins fournissent des lames de tissu compact, qui arrivent à combler la perte de substance.



FIG. 255. — Excavation tuberculeuse résultant de la destruction des corps vertébraux.

b. Réparation de la moelle. — La paraplégie du mal de Pott peut arriver à la guérison; force est donc d'admettre qu'il s'est produit, du côté de la moelle, des modifications qui permettent le rétablissement des fonctions nerveuses. Dans les cas où la paraplégie était guérie, et où l'on a pu examiner la moelle, on n'a rien trouvé de changé dans l'état extérieur de l'organe. La moelle est réduite à un mince cordon sclérosé; mais l'examen histologique permet de constater qu'il y a eu dans ce point une régénération des tubes nerveux, rétablissant la continuité entre le bout supérieur de la moelle et son bout inférieur, et expliquant la réapparition de ses fonctions. C'est ce qui existait chez une femme dont le professeur Charcot a rapporté l'histoire⁽¹⁾. La moelle, au point comprimé, n'était pas plus grosse que le tuyau d'une plume de corbeau; mais, au milieu du tissu sclérosé, on rencontrait une assez grande quantité de tubes nerveux munis de leur cylindre axe et de leur enveloppe de myéline, et, par conséquent, normalement constitués. « C'est par l'intermédiaire de ces tubes nerveux, conclut M. Charcot, que s'effectuait pendant la vie la transmission normale des ordres de la volonté et des impressions sensibles. »

Étiologie. — Le mal de Pott se voit surtout chez les enfants et les adolescents; il est beaucoup plus rare chez l'adulte, et devient exceptionnel dans la vieillesse. Un relevé de 480 cas, fait par M. Lannelongue dans son service de l'hôpital Trousseau, lui a donné les résultats suivants: Au-dessous de 2 ans, 14 cas; de 2 à 5 ans, 91 cas; de 5 à 10 ans, 59 cas; de 10 à 15 ans, 16 cas. D'après cela, le maximum de fréquence correspond à la période qui s'étend de 2 à 5 ans.

Quant au rang occupé par le mal vertébral, parmi les autres manifestations

(1) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1880, 3^e éd., t. II, p. 95.