

considérable. Du reste, le séjour au lit ne suffit pas par lui-même à procurer une immobilisation complète; il faut y joindre l'usage d'un appareil, tel que la gouttière de Bonnet, les corsets plâtrés de Sayre, qui s'opposent à tout mouvement de la part du segment malade de la colonne vertébrale. M. Lannelongue ne se contente même pas du repos au lit, et de l'immobilisation par les appareils. Il y joint l'extension continue pratiquée au moyen de deux pièces dont l'une prend point d'appui sur le bassin, l'autre sur l'extrémité céphalique, et qui sont reliées l'une à l'autre par des tiges à crémaillère permettant de réaliser l'extension⁽¹⁾. Le grand reproche adressé à l'immobilisation longtemps prolongée dans le décubitus horizontal consiste en ce que les malades, confinés au lit, s'étiolent, perdent l'appétit, et ne peuvent pas être placés dans les conditions d'hygiène favorables à la guérison. Ce reproche, en ce qui concerne les enfants, n'a qu'une valeur relative; car, rien n'est plus facile que de construire des lits mobiles à l'aide desquels les petits malades peuvent être portés tous les jours au grand air. Et d'ailleurs l'avantage qui résulte d'une immobilisation rigoureuse, au point de vue de la suppression des douleurs et de la curabilité des lésions, est tellement considérable, qu'il doit l'emporter sur toute autre considération. Les malades seront donc maintenus rigoureusement au lit, tant que l'affection sera douloureuse, tant qu'il existera des douleurs en ceinture ou des irradiations du côté des membres inférieurs; l'existence d'abcès par congestion impose la même nécessité. C'est seulement lorsque toute douleur aura disparu qu'on pourra songer à permettre aux malades de se lever. Plus que jamais, il sera nécessaire de faire porter un appareil qui soutienne la colonne vertébrale; sous ce rapport, les corsets en cuir moulé, les corsets plâtrés de Sayre méritent la préférence. Appliqués pendant la suspension cervico-axillaire, les corsets plâtrés sont de nature à lutter avantageusement contre la tendance à la gibbosité. Mais quand la déformation est produite, il serait inutile, et même dangereux de chercher à l'atténuer par des tentatives de redressement; on courrait risque de réveiller ainsi le travail inflammatoire.

En même temps que le chirurgien soigne l'état local, il doit se préoccuper de l'état général. Une bonne hygiène, le séjour à la campagne, au bord de la mer, les eaux chlorurées sodiques, telles que Bourbon-l'Archambault, Bourbonne-les-bains, Salies, Biarritz, une alimentation tonique et reconstituante, la médication antiscrofuleuse, dont l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, l'iodure de fer, sont la base; tels sont les différents moyens qui, suivant les cas, devront être mis en usage.

Existe-t-il des douleurs violentes, des contractures dans les membres inférieurs, ou bien un affaiblissement considérable, une menace de paraplégie, l'application d'un appareil de Sayre pendant la suspension, et surtout le repos au lit longtemps prolongé, seront de nature à améliorer, et même à faire complètement disparaître ces fâcheux symptômes. Mais lorsque la paraplégie est définitivement constituée, on ne peut plus attendre des appareils une action aussi efficace. Il faut un temps considérable pour la reconstitution des éléments nerveux. On peut la favoriser par l'emploi des préparations d'ergotine et de noix vomique, et aussi par des révulsifs superficiels, au nombre desquels nous devons citer en première ligne les pointes de feu appliquées sur les parties latérales du rachis, dont l'usage est conseillé par le professeur Charcot. Les

⁽¹⁾ LANNELONGUE, *Tuberculose vertébrale*, p. 225, fig. 58.

courants continus pourront intervenir utilement pour favoriser la réparation des muscles, et combattre la tendance aux contractures.

Jusqu'à ces dernières années, c'est aux principes précédents que se bornait la thérapeutique des paraplégies liées au mal vertébral. Mais sous l'influence des immenses progrès accomplis par la méthode antiseptique, on s'est demandé s'il ne serait pas possible d'intervenir d'une manière plus efficace, et si l'on ne pourrait pas, au prix d'une opération sanglante, supprimer la cause de la paralyse. Examinons les tentatives qui ont été faites dans cette voie.

Dans un récent travail, William White⁽¹⁾, passant en revue les cas où l'on est intervenu, arrive à un total de 10 opérations, ayant donné 5 guérisons complètes, 4 guérisons opératoires avec amélioration de la paraplégie, et trois morts. Tout d'abord ces chiffres ne laissent pas que de paraître assez favorables; mais, en les analysant, on voit qu'ils sont empreints d'un dangereux optimisme. C'est ainsi que White fait entrer dans sa statistique des cas comme ceux de Abbe qui doivent être absolument distraits du mal de Pott, puisque, chez un des malades, il s'agissait d'une névralgie rebelle du plexus brachial; chez l'autre, il y avait un abcès ossifluent; c'est du reste, un cas sur lequel nous aurons à revenir à propos du traitement des abcès par congestion. Des cas comme ceux qui ont été rapportés par Dercum et White⁽²⁾ ne sont pas de nature à nous convaincre des avantages fournis par l'opération. Des deux malades cités par ces auteurs, l'un sans doute a guéri de l'intervention, et a même été amélioré. Mais il y a peut-être là une pure coïncidence; car, pendant l'opération, on n'a rien trouvé du côté des os; seulement des adhérences entre l'arachnoïde et la dure-mère. Le second malade a succombé trente heures après l'intervention. Là encore, on n'avait rien rencontré du côté des os pendant l'opération; mais, à l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses très étendues, en avant, sur le corps des vertèbres dorsales et lombaires. Le résultat ne fut pas brillant, non plus, dans le fait qu'a rapporté J.-H. Thompson⁽³⁾, et dans lequel la trépanation fut pratiquée par J.-A. Wright. Il est relatif à un enfant de sept ans, qui présentait un mal de Pott avec paralysie complète des membres inférieurs, incontinence d'urine et des matières fécales. Il y eut une amélioration momentanée; mais, deux mois après l'opération, la zone d'anesthésie remontait au même niveau qu'auparavant; presque en même temps, l'on constatait la disparition de tout mouvement volontaire des membres inférieurs. La trépanation, pratiquée par le docteur Southam, et rapportée par William Thorburn⁽⁴⁾, n'a pas empêché le malade qui en fut l'objet, enfant de six ans, de succomber aux progrès de l'asphyxie déterminée par un mal de Pott siégeant au niveau de la 5^e vertèbre dorsale. Le résultat a été meilleur dans le fait d'Arbuthnot Lane⁽⁵⁾; mais il est passible d'une grave objection. Il est rapporté par l'auteur un mois après l'opération; c'est là un temps beaucoup trop court pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur de l'amélioration obtenue. Les conditions sont tout autres dans un fait de Mac Ewen⁽⁶⁾, qui a valu à ce chirurgien un beau succès. Il s'agissait d'un enfant de neuf ans, atteint depuis

⁽¹⁾ WILLIAM WHITE, *The surgery of the spine. Annals of surgery*, juillet 1889, p. 1.

⁽²⁾ DERCUM et WHITE, *Annals of surgery*, juin 1889, p. 424.

⁽³⁾ J.-H. THOMPSON, *The Lancet*, 14 juillet 1888.

⁽⁴⁾ WILLIAM THORBURN, *The British med. Journal*, 22 sept. 1888.

⁽⁵⁾ ARBUTHNOT LANE, *The British med. Journal*, 30 avril 1889.

⁽⁶⁾ VOY. PILCHER, *Surgery of the brain and spinal cord. Annals of surgery*, octobre 1888, et WILLIAM WHITE, *Loc. cit.*

deux ans d'une paraplégie complète; mais, trois ans auparavant, ce petit garçon avait présenté une courbure angulaire du rachis entre la 5^e et la 7^e vertèbre dorsale, qui, traitée par l'immobilisation et l'extension, avait abouti à l'ankylose. L'ablation des lames des 5^e, 6^e et 7^e vertèbres dorsales permit de reconnaître l'existence, entre la dure-mère et les os, d'une production fibreuse épaisse, intimement adhérente aux méninges, qui fut soigneusement disséquée et enlevée. Dès le lendemain, les membres avaient perdu leur couleur livide; ils étaient manifestement plus chauds; le chatouillement de la plante du pied était perçu, et la sensation du contact avait fait de grands progrès. Au bout de huit jours, les mouvements reparurent pour la première fois; bientôt les sphincters reprirent leur tonicité. Six mois après, l'enfant pouvait marcher sans appui; au bout de cinq ans, il faisait à pied 5 milles, pour venir voir son chirurgien. C'est là, sans doute, un beau succès; mais il est à remarquer qu'au moment où l'on est intervenu, le mal de Pott était depuis longtemps guéri. C'est contre la paralysie persistante, suite de cette affection, que fut dirigée l'intervention. D'ailleurs Mac Ewen fut moins heureux dans d'autres opérations; dans l'une d'elles, entre autres, il perdit son malade, quelques mois après, d'une tuberculose généralisée.

Dans l'état actuel de la science, il nous paraît bien difficile de poser des conclusions absolues sur la valeur de la trépanation du rachis dans les paraplégies liées au mal de Pott. Il nous semble cependant qu'on doit se montrer très réservé dans la pratique de cette opération. Il ne faut pas oublier, en effet, que cette paraplégie peut guérir sous l'influence d'un traitement convenable, ou même spontanément. Il faut donc se garder d'une intervention hâtive, et ne se décider à recourir au bistouri qu'après avoir épuisé tous les moyens rationnels que la thérapeutique met à notre disposition. Nous nous sentons très portés, pour notre part, à adopter les conclusions qui ont été formulées dans un travail récent par le docteur de Forest Willard⁽¹⁾ (de Philadelphie). « L'opération, dit-il, est admissible, dans les cas où, après un traitement longtemps continué par la suspension et l'immobilisation, une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité persiste, avec contracture des muscles, et diminution ou perte des réflexes, primitivement exagérés. »

Ici d'ailleurs on se heurte contre les mêmes obstacles qu'on rencontre dans tous les cas où l'on agit contre des lésions tuberculeuses: d'une part, on peut se trouver dans l'impossibilité d'enlever la totalité de la lésion. C'est ce qui est arrivé dans le cas de Dercum et de White que nous avons rapporté plus haut, et où l'on a rencontré, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses très étendues sur la face antérieure des corps vertébraux. D'autre part, la généralisation de l'affection tuberculeuse est toujours à craindre. La valeur de l'opération est, d'ailleurs, intimement liée à l'idée qu'on se fait du mécanisme de la paraplégie dans le mal de Pott. S'il s'agissait là de phénomènes de compression purement mécaniques, sans doute la trépanation serait indiquée pour lever l'obstacle. Dernièrement encore, le docteur George Elliott a soutenu l'origine mécanique, et non inflammatoire, des altérations médullaires dans le mal de Pott⁽²⁾. Mais cette opinion ne saurait être admise, et nous avons à peine besoin de rappeler

⁽¹⁾ DE FOREST WILLARD, *Spinal caries; operative treatment, laminectomy, etc.* Reprinted from the *Transactions of the College of Physicians of Philadelphia*, 6 mars 1889.

⁽²⁾ GEORGE ELLIOTT, *The Pressure paralysis of Pott's diseases.* *The New York med. Journal*, 2 juin 1888.

les travaux que nous avons cités précédemment sur l'importance de la pachyméningite caséuse dans la paraplégie du mal vertébral. Il sera bien difficile d'intervenir toujours efficacement contre de pareilles lésions. Pour toutes ces raisons, la trépanation du rachis dans le mal de Pott ne nous semble avoir qu'une valeur très limitée. Joignez-y la difficulté de réaliser une antiseptie rigoureuse chez les enfants, surtout chez des malades qui sont fréquemment atteints d'incontinence d'urine et des matières fécales, et qui présentent la plus grande tendance à la formation d'eschares. Les faits les plus récents, dont nous avons dû faire l'examen à propos de notre rapport sur la chirurgie du rachis au Congrès de chirurgie de 1894, n'ont fait que nous confirmer dans les opinions précédentes. Pour ce qui est de l'intervention opératoire dirigée contre la lésion osseuse elle-même, nous n'hésitons pas à la rejeter; dans les cas de paraplégie, l'intervention nous semble devoir être une mesure d'exception, dont les indications ne sont point encore formulées d'une manière précise.

II

DES ABCÈS PAR CONGESTION

Nous avons distrait de l'étude générale du mal de Pott celle des *abcès par congestion*, appelés aussi par Gerdy *abcès migrants*. Non pas que ces abcès appartiennent en propre aux lésions de la colonne vertébrale; mais ils s'y rencontrent avec une telle fréquence, leurs migrations y offrent un si grand intérêt, et leur apparition apporte au pronostic une si haute gravité, qu'il est nécessaire d'en faire, à propos du mal de Pott, une étude approfondie.

Pathogénie. — Les idées sur la nature et la constitution de ces abcès ont subi, dans ces dernières années, une transformation complète. On admettait autrefois qu'il s'agissait là uniquement de véritables *collections de pus*; c'était le nom qui leur était donné par Le Dran⁽¹⁾. Incessamment fourni par la lésion osseuse, le pus se collectait dans cette poche qui, progressivement distendue, émigrerait à une distance plus ou moins considérable, et venait enfin se montrer au dehors. Les conditions qu'on jugeait nécessaires à la formation de ces abcès ont été nettement formulées par Denonvilliers, dans l'article *ABCÈS* du *Dictionnaire encyclopédique*.

Elles sont au nombre de trois; il faut, d'après cet auteur, qu'il y ait :

- 1° Un obstacle à la réunion du pus dans le point qui l'a fourni;
- 2° Un transport facile du pus dans un point déclive;
- 3° Une sécrétion lente et continue du pus.

Toutes ces conditions se trouvent réunies, à la colonne vertébrale, dans le cas de mal de Pott. Incessamment versé par la lésion osseuse, le pus est arrêté en arrière par les apophyses transverses et les lames fibreuses qui les relient entre elles. Il est bridé en avant par le ligament vertébral commun antérieur qui, beaucoup plus fort sur la ligne médiane, ne se laisse pas distendre en ce point, et refoule les liquides sur les parties latérales; aussi est-ce sur les côtés du rachis que se forme la collection purulente. Quelquefois même elle occupe

⁽¹⁾ LE DRAN, *Observations de chirurgie, etc.*, 1751, t. II, p. 119.