

deux ans d'une paraplégie complète; mais, trois ans auparavant, ce petit garçon avait présenté une courbure angulaire du rachis entre la 5<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> vertèbre dorsale, qui, traitée par l'immobilisation et l'extension, avait abouti à l'ankylose. L'ablation des lames des 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> 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<sup>(1)</sup> (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<sup>(2)</sup>. Mais cette opinion ne saurait être admise, et nous avons à peine besoin de rappeler

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

<sup>(2)</sup> 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<sup>(1)</sup>. 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

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

simultanément les deux parties latérales des vertèbres et forme deux abcès qui marchent parallèlement l'un à l'autre.

Telle était la manière de comprendre les abcès par congestion; ils étaient considérés comme de simples poches dans lesquelles venait s'accumuler le pus fourni par la lésion vertébrale. Tout autre est la constitution de ces abcès, telle qu'elle ressort des travaux du professeur Lannelongue. Pour cet auteur, c'est la paroi qui, dans l'abcès par congestion, joue le rôle principal. Elle présente, en effet, dans son épaisseur, des follicules tuberculeux et les bacilles caractéristiques. Par là on comprend que cette paroi, douée de propriétés spécifiques, ait tendance à se propager et à s'infiltrer dans les tissus voisins; on comprend comment, même après sa séparation de la lésion osseuse, l'abcès par congestion puisse persister et même faire de nouveaux progrès.

**Marche.** — La marche des abcès par congestion, très importante à connaître pour le chirurgien, varie suivant les cas et surtout suivant les régions de la colonne vertébrale où siège le mal de Pott. L'étude de cette marche a été faite d'une façon très soignée par Bouvier, dans son *Traité des maladies chroniques de l'appareil locomoteur* :

1° Le pus venant de la région lombaire ou de la partie inférieure de la région dorsale suit le plus souvent la gaine fibreuse du psoas; il arrive ainsi dans la

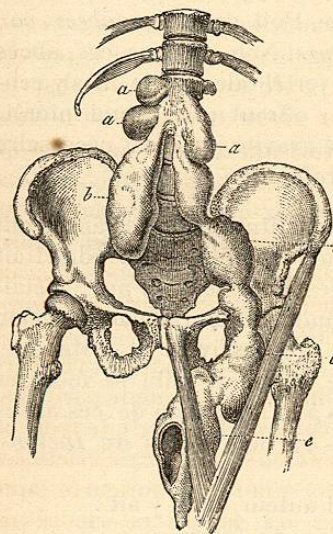


FIG. 255. — Divers degrés d'un abcès par congestion. (Paletta.)

fosse iliaque interne; puis, passant au-dessous de l'arcade de Fallope, il suit le muscle psoas-iliaque jusqu'à son insertion au petit trochanter, et vient former une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse (fig. 255). Parfois ces abcès offrent un diverticule qui siège à la partie supérieure et externe de la cuisse, au-dessous du muscle tenseur du *fascia lata*. Quelquefois l'abcès forme une tumeur qui remplit la fosse lombaire, à la manière des abcès périnéphrétiques; il peut même venir faire saillie au niveau du triangle lombaire de J.-L. Petit.

A son passage dans la fosse iliaque, l'abcès peut comprimer la fosse iliaque et donner naissance à un œdème du membre inférieur. Une complication beaucoup plus rare, c'est la compression de l'uretère. Dans un cas, Boyer (1) a vu l'uretère soulevé et distendu par un abcès ossifluent. Dans un fait communiqué par Gaucher (2) à la Société anatomique, un abcès venu de la région lombaire, soulevait et aplatissait l'uretère du côté correspondant. M. Lannelongue (3) cite un cas dans lequel un abcès symptomatique d'un mal cervico-dorsal vint s'ouvrir dans l'uretère droit.

Il peut se faire enfin que les abcès de la gaine du psoas s'ouvrent, à un moment donné, dans l'articulation coxo-fémorale, vu les rapports intimes et la

(1) BOYER, t. III, p. 78.

(2) E. GAUCHER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, t. LII, p. 171.

(3) LANNELONGUE, *Tuberculose vertébrale*, p. 92.

communication existant parfois entre la bourse du psoas iliaque et l'articulation. La variété d'abcès que nous venons de décrire, la plus fréquente de toutes, est celle à laquelle Bouvier donne le nom d'abcès *ilio-fémoraux*.

2° Il arrive parfois que le *fascia iliaca* soit perforé et que le pus, passant entre le péritoine et les muscles abdominaux, vienne constituer les abcès *ilio-abdominaux*. Le résultat est le même si le pus, au lieu d'être primitivement contenu dans la gaine du psoas, s'est collecté d'emblée dans le tissu cellulaire prévertébral. C'est ce qui arrive quand la lésion occupe un point élevé de la région dorsale, au-dessus des insertions du psoas. Le pus fuse alors dans le médiastin postérieur, accompagne l'aorte, passe avec elle dans la cavité abdominale, puis il chemine dans la fosse iliaque interne, non entre le muscle et l'aponévrose, mais entre le péritoine et le *fascia iliaca*.

De là, ces abcès peuvent suivre diverses directions.

a. Ils peuvent accompagner les vaisseaux fémoraux dans le canal crural et venir faire saillie à la partie supérieure de la cuisse, comme ceux dont nous avons précédemment parlé.

b. Plus rarement les abcès froids gagnent le canal inguinal, dans lequel ils forment une tumeur pouvant simuler une hernie.

c. Parfois ils suivent le nerf sciatique, passent avec lui par la grande échancre sciaticque et viennent faire saillie au-dessous du grand fessier; ils peuvent même suivre le trajet du nerf dans toute l'étendue de la cuisse et venir former tumeur dans le creux poplité; cette variété constitue les abcès *ischio-fémoraux*.

d. Ils peuvent enfin, perforant l'aponévrose périnéale supérieure et le releveur de l'anus, gagner la fosse ischio-rectale et venir faire saillie au pourtour de l'orifice anal. Les abcès qui ont pénétré dans la cavité pelvienne s'ouvrent parfois dans un des organes creux de la région, rectum, vessie, vagin, ce qui constitue une grave complication.

Lorsque le pus provient des dix premières vertèbres dorsales, il peut ne pas s'engager au-dessous du diaphragme; mais suivre, en décollant la plèvre pariétale, le trajet des nerfs intercostaux et venir faire saillie sur les parties latérales du sternum. Parfois même, contractant des adhérences avec le poumon, la collection purulente vient s'ouvrir dans les bronches.

Exceptionnellement, des abcès venant des quatre ou cinq premières vertèbres dorsales peuvent remonter au-devant du rachis, contre la pesanteur par conséquent, et venir se collecter dans le creux sus-claviculaire; Bouvier cite trois cas de ces abcès, auxquels il donne le nom de d'abcès *dorso-cervicaux antérieurs*.

A la région cervicale, le pus se développe tantôt à la face antérieure, tantôt sur les parties latérales du rachis. Fusant le long des racines antérieures des nerfs cervicaux, il peut former tumeur dans le creux sus-claviculaire; ou bien, descendant au-devant des muscles de la région prévertébrale, il se collecte sur la ligne médiane, en arrière du pharynx et du larynx qu'il comprime et dont il gêne les fonctions. Il peut même s'ouvrir dans ces deux conduits, surtout dans le pharynx et dans l'œsophage, plus rarement dans la trachée. Suivant le tissu cellulaire péri-œsophagien, la suppuration peut aussi pénétrer dans le médiastin postérieur; ou bien, quand elle s'est collectée dans le triangle sus-claviculaire, elle peut, passant au-dessous de la clavicule, venir former une tumeur dans la région axillaire.

Quelquefois, au lieu de rester circonscrit sur les parties antéro-latérales de la colonne vertébrale, le pus gagne la partie postérieure du rachis, en passant

entre les apophyses transverses et vient faire saillie à la région postérieure du tronc. Cette marche de la suppuration n'est pas rare à la région lombaire. A la région cervicale également, les abcès peuvent se porter en arrière, dans l'épaisseur des muscles de la nuque, ou même descendre au-dessous du trapèze, vers la partie supérieure de la région dorsale. Nous devons noter, du reste, que plusieurs variétés de ces abcès peuvent se rencontrer chez un même malade.

*Lois de progression du pus.* — On a cherché à formuler les lois auxquelles obéit le pus dans sa progression ; la question a été étudiée par plusieurs auteurs, entre autres Bourjot Saint-Hilaire, Tavignot et Nélaton. Évidemment, on ne saurait incriminer une seule cause ; la première de toutes, c'est la pesanteur, qui conduit sans cesse le liquide des parties supérieures vers les régions déclives ; les cas mentionnés par nous précédemment et dans lesquels l'abcès remonte contre les lois de la pesanteur, sont tout à fait exceptionnels. Il faut joindre à l'action de la pesanteur la laxité du tissu cellulaire prévertébral, les contractions musculaires, les mouvements des organes thoraciques et abdominaux, les secousses de la marche et de l'exercice, qui impriment au pus telle ou telle direction. On a dit que le pus suivait de préférence les vaisseaux ; d'autres ont fait jouer le même rôle aux muscles et aux gaines aponévrotiques. Bourjot Saint-Hilaire a prétendu que la suppuration suivait le trajet des nerfs. Comme le fait remarquer Denonvilliers, toutes ces opinions ont du vrai ; mais l'influence que subit avant tout le pus dans sa migration, c'est celle de la pesanteur. Rappelons enfin qu'une des causes les plus importantes de la propagation des abcès par congestion, c'est la nature même de la paroi qui, contenant des éléments spécifiques, s'infiltré dans les tissus à la manière des néoplasmes ; aussi M. Lannelongue propose-t-il de donner à l'abcès froid le nom de *tuberculome*, nom parfaitement justifié, car il est des cas dans lesquels la poche, au lieu de renfermer du pus, est uniquement occupée par un magma caséux semblable à celui qu'on rencontre si souvent dans les ganglions tuberculeux. Les prolongements que pousse en tous sens la poche de l'abcès, en suivant les travées du tissu conjonctif, sont une des causes qui influent le plus sur ses migrations.

*Forme des abcès ; leur répartition suivant les régions.* — Au début, l'abcès par congestion constitue une collection purulente faisant un relief plus ou moins considérable au niveau du point malade. L'abcès est donc tout d'abord sessile. Au fur et à mesure qu'il augmente de volume, il tend à se pédiculiser ; il affecte la forme d'une poche appendue aux parties latérales de la colonne vertébrale par une sorte de goulot ou portion rétrécie, renflée au contraire à son extrémité libre : ce qui l'a fait comparer, par Nélaton, à une sangsue gorgée de sang.

Quand l'abcès s'éloigne de son point d'origine, il rencontre çà et là sur sa route des obstacles à sa dilatation : de là un ou plusieurs resserrements le long de son trajet. Enfin, dans la forme la plus habituelle, lorsque l'abcès par congestion s'étale à la fois dans la fosse iliaque interne et à la partie supérieure de la cuisse, il présente deux poches, séparées l'une de l'autre par un resserrement qui répond à l'arcade crurale ; il affecte dès lors la forme classique en bissac.

Quant à la répartition des abcès suivant le siège occupé par la lésion vertébrale, la statistique de Bouvier nous donne les résultats suivants :

Sur un total de 112 cas, il y a eu : 10 cas de mal de Pott cervical avec 9 abcès

étendus ; 59 cas de mal dorsal avec 24 abcès migrants et 23 abcès sessiles ; 45 cas de mal lombaire avec 33 abcès migrants et 7 sessiles.

On en peut conclure qu'au cou, les abcès sont le plus souvent apparents ; de même à la région lombaire, les abcès viennent se montrer à l'extérieur dans les trois quarts des cas ; au contraire, à la région dorsale, les abcès restent sessiles, c'est-à-dire cachés, environ une fois sur deux.

*Symptôme. — Marche et terminaisons.* — Il peut se faire qu'un abcès par congestion apparaisse sans que rien ait fait pressentir sa formation ; mais le plus souvent les douleurs au niveau du rachis avec irradiations dans les membres inférieurs précèdent l'abcès ; chez beaucoup de malades même, le développement de la gibbosité a précédé la suppuration. L'apparition de l'abcès par congestion peut être brusque ; elle a lieu, par exemple, à l'occasion d'un effort, d'un mouvement fait par le malade. Mais, habituellement, la marche est lentement progressive. On sent d'abord dans la profondeur de l'abdomen une tuméfaction qui devient de plus en plus appréciable par la palpation, gagne la fosse iliaque interne, où elle forme une saillie facile à constater, mate à la percussion et manifestement fluctuante. Puis la tumeur iliaque, s'engageant au-dessous de l'arcade de Fallope, vient former un relief, et enfin une saillie évidente, à la partie inférieure et interne de la cuisse.

Il arrive même qu'une lésion vertébrale unique donne naissance à deux abcès qui remplissent les deux fosses iliaques et qui peuvent, du reste, être distincts, ou bien communiquer l'un avec l'autre.

Lorsque l'abcès par congestion vient se montrer au dehors, il présente tous les symptômes qui caractérisent d'ordinaire les abcès froids : c'est une tumeur fluctuante, sans chaleur, sans rougeur, sans adhérence à la peau. La pression à son niveau n'est pas douloureuse. Mais son signe caractéristique, c'est la réductibilité. Quelquefois, sous l'influence d'un mouvement, d'une pression exercée à la surface de la tumeur, l'abcès diminue de volume, puis, il se distend de nouveau pendant un effort, pendant la toux, par exemple. Pour percevoir nettement cette réductibilité, il faut placer une main à plat sur la fosse iliaque, l'autre main embrassant la tumeur fémorale ; puis exercer des pressions alternatives d'une main vers l'autre. On peut ainsi faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre, à travers le resserrement constitué par l'arcade crurale.

L'abcès peut rester pendant longtemps stationnaire et même augmenter lentement de volume, au point de présenter des dimensions considérables, sans que la santé générale en souffre trop. Mais, au bout d'un temps plus ou moins long, sous l'influence d'un traumatisme, ou par les seuls progrès de la distension, la peau s'ulcère, et le pus s'écoule au dehors. Quelquefois l'ouverture de la poche ne se fait pas par simple ulcération des téguments ; mais elle est précédée, comme l'a fait observer Bérard, d'accidents phlegmoneux. On observe de l'œdème, de la rougeur des téguments ; du pus se produit dans le tissu cellulaire sous-cutané ; on assiste, en un mot, à tous les phénomènes du développement des abcès chauds.

Quel qu'ait été, du reste, le mode d'ouverture de l'abcès, un trajet fistuleux s'établit, l'air pénètre dans la poche, se mélange au pus qui stagne dans son intérieur et produit un empoisonnement septicémique, qui, trop souvent, cause la mort des malades. La fièvre s'allume ; elle s'accompagne d'exacerbations vespérales, de sueurs fétides, d'amaigrissement de plus en plus marqué, de