

de nouvelle formation, viennent relier les vertèbres supérieures aux inférieures et former un massif solide.

D'après Shaw, qui a bien étudié ce point de la question, le processus qui donnerait naissance à cette néoplasie serait double. D'une part, il y aurait absorption graduelle du contenu de la caverne vertébrale, tandis qu'en même temps il s'établirait une inflammation adhésive du segment rachidien postérieur et un dépôt de lymphe plastique entre les diverses pièces malades; de cette façon, comme pour le cal d'un os fracturé, les surfaces des fragments seraient immobilisées. Le même auteur distingue deux modes de réparation qui ne sont que deux phases différentes du même processus. Dans l'un, le travail de réunion n'aboutit qu'à la formation d'une fausse ankylose et reste limité à la consolidation du segment postérieur; l'antérieur continue à être excavé ou simplement en rapport de contiguïté avec les surfaces malades; les débris des parois de l'abcès, dans cette forme, servent de ligaments. Lorsqu'il existe une véritable ankylose, elle porte à la fois sur les deux segments du rachis et rattache les vertèbres aussi bien par leur corps que par leur périphérie. En faisant la section de plusieurs vertèbres ainsi soudées, on reconnaît que la fusion n'est cependant jamais absolument intime, et l'on peut y reconnaître des saillies, des éminences, des inégalités dues à l'irritation ostéogénique du périoste et des parties fibreuses qui formaient l'ancienne paroi de l'excavation.

Dans ces conditions le mal est guéri, mais il reste toujours une déviation du rachis et une gibbosité souvent d'autant plus apparente que l'ankylose vertébrale est plus solide. Inutile de dire que cette difformité est définitive et incurable. Elle finit par entraîner à la longue des changements concomitants dans la forme de la poitrine et des autres organes. Ces déformations, d'ailleurs parfaitement compatibles avec la santé, seront étudiées plus loin (voy. *Déviation du rachis*).

La terminaison du mal vertébral par ankylose n'est malheureusement pas la plus fréquente; dans la grande majorité des cas, la source qui produit incessamment du pus, loin de se tarir, en verse tous les jours davantage, et le malade finit par succomber à l'épuisement de cette suppuration chronique. C'est ici le lieu de parler des abcès par congestion, qui, il est vrai, se rencontrent dans toute affection osseuse, mais qui nulle part ne se présentent avec des caractères plus nets et plus tranchés qu'à la colonne vertébrale.

Nous avons vu, en parlant de l'excavation du mal vertébral, qu'il existe toujours du pus mêlé en plus ou moins grande abondance aux débris caséux des vertèbres dégénérées. Dans des cas assez fréquents, cette matière s'accumule au-devant de la colonne vertébrale et forme des kystes à col étroit à leur partie supérieure, et renflée à l'extrémité opposée. Ces poches (fig. 139), ainsi appendues aux vertèbres, comme des sangsues gorgées de sang, auxquelles on les a comparées, doivent être considérées comme un premier degré des abcès par congestion.

Lorsque la collection est complètement développée, elle se présente avec des apparences fort diverses, mais qui offrent cependant un certain nombre de caractères communs. Sécrété avec lenteur, mais continuellement, le pus doit naturellement s'accumuler là où il trouve un obstacle, et, au contraire, accélérer son cours aux points où existe une disposition anatomique favorable. De là des alternatives de resserrement et d'étranglement qui peuvent varier à l'infini, mais qui sont soumises cependant, à une sorte de loi générale assez constante. En parlant des abcès par congestion en général, nous avons sommairement indiqué le rôle que l'on a fait jouer aux aponévroses, aux nerfs, aux vaisseaux, relativement au trajet suivi par le pus. En définitive, toutes ces causes agissent à des degrés divers, et toutes sont subordonnées à une influence générale, celle de la pesanteur. Il faut évidemment aussi tenir compte des contractions musculaires, des efforts, et par suite de la profession, etc.; mais toutes ces actions, qui peuvent expliquer certaines dispositions particulières, échappent nécessairement à une description générale.

Les abcès par congestion, de quelque point du rachis qu'ils proviennent, ont une tendance constante à fuser en avant dans la cavité abdominale. Deux causes concourent à ce résultat: d'abord le siège du mal vertébral, qui affecte le segment antérieur des vertèbres; ensuite la résistance considérable de l'aponévrose abdominale postérieure, comparée à la laxité des tissus prévertébraux. De plus, en raison de la résistance du ligament vertébral antérieur, rarement l'issue de l'abcès se fait directement en avant de la vertèbre malade, mais sur les côtés, là où le périoste cesse d'être renforcé par ce ligament. Il résulte de ce fait la possibilité d'un double abcès latéral de chaque côté de la colonne lombaire, circonstance qui se rencontre assez fréquemment.

Le trajet que suivent les infiltrations purulentes varie suivant la région d'où elles proviennent.

Si les vertèbres lombaires sont malades, le pus s'infiltré à travers les fibres musculaires du psoas, au-dessous de leur insertion aux arceaux aponévrotiques des corps vertébraux, et descend verticalement dans la fosse iliaque. Deux cas peuvent alors se présenter: tantôt l'aponévrose lombo-iliaque est respectée, et la collection passe au-dessous en la sou-

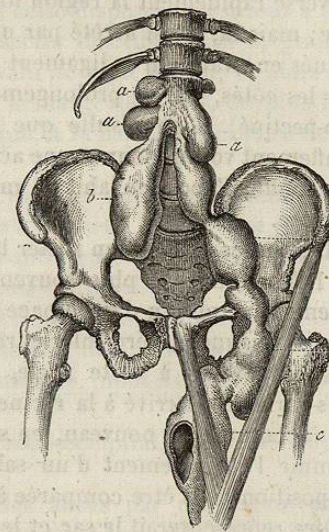


FIG. 139. — Divers degrés d'un abcès par congestion (Paletta).



levant; elle suit alors la gaine du psoas, et arrive en longeant le tendon de l'iliaque au niveau du petit trochanter, à la partie supérieure et interne de la cuisse. Tantôt, au contraire, le pus passe au-devant du fascia iliaca, traverse rapidement la région lombo-iliaque, et tombe dans la fosse iliaque; mais là, il est arrêté par une série de plans fibreux résistants, constitués en avant par le ligament de Fallope, en arrière par le fascia iliaca, sur les côtés, par le prolongement iliaque de l'arcade crurale (ligament ilio-pectiné). Il en résulte que presque toujours, à ce niveau, existe un renflement volumineux et une accumulation de pus considérable. D'autres fois, enfin, l'abcès envahit en même temps le psoas et déborde son aponévrose.

Les choses peuvent en rester là, et l'abcès ne pas dépasser le ligament de Fallope, mais le plus souvent il franchit cette barrière. C'est généralement au niveau d'un espace étroit, situé entre les fibres du psoas et l'épine iliaque antéro-inférieure, que le pus se fait jour; mais il existe des exceptions à cette règle, et les rapports de l'abcès crural sont très-variables. Arrivé à la racine de la cuisse, il éprouve un nouvel arrêt et s'accumule de nouveau, en sorte que le ligament de Fallope sépare, comme l'étranglement d'un sablier, deux poches volumineuses. Cette disposition peut être comparée à une hernie, dans laquelle la poche inférieure représenterait le sac et le point resserré le collet. Cette analogie se complète, quand on voit le collet présenter une remarquable tendance vers l'oblitération, au point que dans quelque cas il n'existe plus aucune communication entre la collection iliaque et la tumeur fémorale. Denonvilliers a rapporté un beau cas de ce genre, où l'on ne s'aperçut de la nature de la tumeur qu'au moment de son ablation.

Lorsque le pus provient des vertèbres dorsales ou de la partie inférieure des vertèbres cervicales, il descend ordinairement le long de l'œsophage, entoure l'aorte et arrive avec ce vaisseau jusqu'au diaphragme. Là, éprouvant un arrêt, il se collecte généralement, jusqu'à ce que, par son poids ou par l'irritation qu'il détermine sur son voisinage, il amène une ulcération de ce muscle ou simplement une dissociation de ses fibres. Il se comporte alors exactement de la même manière que s'il était fourni par une carie des vertèbres lombaires.

Au cou, l'abcès peut saillir derrière le pharynx, et former une variété d'abcès rétro-pharyngiens; on l'a vu également suivre les branches du plexus brachial et venir apparaître soit dans le creux axillaire, soit dans le creux sus-claviculaire. La disposition anatomique des parties rend compte de ces diverses terminaisons. Il n'est pas rare non plus de voir le pus fuser dans le médiastin postérieur.

Telle est la marche pour ainsi dire normale des abcès par congestion. D'autres dispositions, moins communes, méritent d'être signalées. Le pus des vertèbres lombaires ne se dirige pas constamment vers l'abdomen; il peut, dans certaines circonstances, perforer le carré des lombes, et alors, suivant les cas, venir faire saillie soit dans l'espace angulaire compris

entre le grand oblique et le grand dorsal, soit à la partie supérieure de la crête iliaque, le long du tendon du sacro-lombaire. Ailleurs, il se produit une ulcération de la forte aponévrosé qui recouvre le moyen fessier, et la collection soulève cette région; mais cette disposition est tout à fait exceptionnelle. Il est plus fréquent d'observer des fusées par la grande échancrure sciatique, lorsque le pus a envahi le petit bassin, et alors les collections se font jour dans le périnée, à la marge de l'anus, ou plus bas encore, en suivant le trajet du nerf sciatique, à la partie postérieure de la cuisse et jusqu'aux creux poplités.

Pour les vertèbres dorsales, il se présente aussi quelques terminaisons insolites. L'abcès peut former une tumeur à la partie postérieure du dos, ou bien, au contraire, gagner le médiastin antérieur, en décollant la plèvre le long des intervalles cellulaires des espaces intercostaux; enfin, s'il se rassemble dans la région précordiale, de façon à subir à chaque battement cardiaque le choc du cœur, il peut donner lieu aux symptômes que l'on a décrits sous le nom d'empyème pulsatile, dont Aran et Heyfelder ont rapporté des exemples.

Nous avons décrit, à l'occasion du mal sous-occipital, les divers trajets que décrit le pus sécrété à ce niveau.

Il est fort rare d'observer l'ouverture des abcès par congestion dans les viscères; ils se défendent de l'envahissement du pus par une irritation chronique adhésive, qui a pour résultat l'épaississement de leur enveloppe fibreuse ou du tissu cellulaire circonvoisin. Dans certains cas, on a observé la calcification des parois de l'abcès; M. Monod (1) en a présenté à la Société anatomique un bel exemple. Ailleurs, c'est un viscère qui est englobé dans la collection; tel est le fait cité par Témoins (2), dans lequel le rein doublé d'une capsule épaissie formait la paroi antérieure.

Lorsque l'abcès par congestion est tari, ses parois s'épaississent, se rétractent, le contenu devient caséux et se sèche, en même temps que s'oblitére la communication avec le foyer du mal. Il se produit dans ce cas, malheureusement trop rare, les mêmes phénomènes de régression que dans l'affection proprement dite des vertèbres.

SYMPTOMATOLOGIE. — La symptomatologie du mal vertébral est toute différente, suivant que l'affection osseuse existe seule, ou bien qu'il s'y joint des manifestations du côté de la moelle. C'est ainsi que l'on peut voir des cas où la presque totalité d'une ou plusieurs vertèbres se détruit, sans que le malade ait éprouvé des symptômes assez pénibles pour lui faire interrompre son travail; tandis qu'à côté, des individus dont le rachis commence à peine à être attaqué, éprouvent déjà des accidents graves et des troubles nerveux profonds. Nous verrons, en parlant de la marche de

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXI, p. 109.

(2) *Ibid.*, 2<sup>e</sup> série, t. II, p. 355.



la maladie, les formes cliniques qu'elle peut revêtir. Pour le moment, nous étudierons chaque symptôme en lui-même.

Un des signes les plus importants du mal de Pott, celui qui, dans la plupart des cas, suffit presque à établir le diagnostic, est l'existence d'une *gibbosité rachidienne*. Après ce que nous avons dit des lésions osseuses dans le mal vertébral, il est facile de concevoir le mécanisme de cette gibbosité : elle ne peut évidemment se produire que quand les corps des vertèbres sont déjà profondément amincis et incapables de supporter la pression des pièces supérieures du rachis. Il peut sembler par conséquent étonnant de commencer la description des symptômes par un de ceux qui indiquent une lésion déjà avancée ; mais l'altération osseuse suit ordinairement une évolution si lente, et s'accompagne de troubles

tellement légers, que la plupart des malades arrivent à la période de destruction sans avoir jamais éprouvé de troubles sensibles, en sorte que, pour beaucoup, la production de la gibbosité est réellement la première manifestation d'un état morbide qu'ils ne soupçonnaient pas.

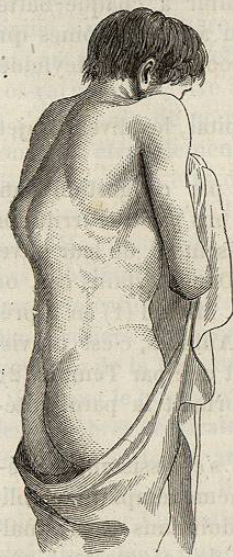
La saillie angulaire qui se manifeste sur le rachis présente de nombreuses variétés suivant son siège et son mode de formation. Le plus ordinairement, lors qu'elle existe à la région dorsale (fig. 140), elle offre des caractères tellement faciles à saisir, qu'il est impossible de la méconnaître. En un point de la colonne, la ligne des apophyses épineuses est brusquement coudée et séparée du reste du rachis par une élévation médiane, saillante, anguleuse, manifestement formée par une vertèbre déjetée en arrière.

Le double caractère de cette gibbosité est d'être médiane et angulaire ; médiane, parce que dans l'immense majorité des cas, comme nous l'avons vu, la vertèbre s'excave par la partie antérieure de son corps plutôt que par les parties latérales, et que l'affaissement se produit directement en

FIG. 140. — Gibbosité du mal de Pott.

avant. Quant à la saillie angulaire, elle est due à la résistance, des segments supérieur et inférieur de la colonne vertébrale et à l'intégrité de l'arc postérieur de la vertèbre malade, dispositions qui amènent le raccourcissement en masse du rachis et la projection en arrière de la vertèbre excavée. Lorsque le malade fléchit son corps en avant, cette saillie s'exagère encore ; réciproquement, quand il redresse le corps en arrière, elle diminue sans pourtant s'effacer.

Il est cependant des cas où ce signe, presque pathognomonique dans les circonstances ordinaires, peut manquer complètement ou ne donner que des indications douteuses. Dans la forme du mal que l'on a décrite sous



le nom d'arthrite vertébrale, ou encore dans la carie superficielle des vertèbres, la gibbosité manque, ou, si elle existe, elle est remplacée par une courbure à grand rayon, que l'on peut prendre pour une cyphose simple ou pour une déviation rachitique. Même dans les cas les plus simples, dans la tuberculisation des vertèbres qui donne lieu aux excavations les plus nettes, il y a encore de nombreuses causes d'erreur.

Lorsque les vertèbres lombaires sont malades, on peut parfaitement ne constater aucune saillie appréciable, par ce seul fait que la courbure normale de cette portion du rachis offre une concavité postérieure, et qu'une excavation produite à ce niveau a beaucoup moins de tendance à développer une gibbosité dans ce sens. Il faut encore compter avec la cambrure exagérée des autres portions de l'épine et les courbures de compensation qui s'établissent dès qu'un point est altéré ; de là, dans ces cas douteux, le précepte de toujours faire pencher le malade fortement en avant, afin de pouvoir explorer plus facilement la région lombaire.

Les mêmes difficultés se rencontrent parfois pour les vertèbres cervicales, à cause des mouvements instinctifs de la tête, qui se rejette en arrière et diminue la saillie des apophyses épineuses ; ici encore, la flexion du cou la fera apparaître, et tout au moins la roideur des mouvements mettra sur la voie du diagnostic.

Le mode d'apparition de la gibbosité rachidienne mérite de nous arrêter un instant. Tantôt, elle survient graduellement à l'insu du malade, par suite de l'affaissement progressif et de l'usure des corps vertébraux ; c'est là le fait le plus habituel. Tantôt, au contraire, elle se produit brusquement et atteint d'emblée toute son intensité. Dans ces cas, qui sont d'ailleurs l'exception, les corps des vertèbres, minés et excavés par leur centre, sont réduits à une coque osseuse amincie, et ne se tiennent plus que par la résistance des ligaments périphériques de l'arc vertébral postérieur. Qu'un effort, le poids d'un fardeau, la station verticale même, viennent solliciter tant soit peu l'action musculaire, la flexion angulaire du rachis se produit brusquement ; les deux segments de la colonne vertébrale s'affaissent et arrivent au contact, et la gibbosité apparaît en même temps que des débris osseux ou caséux projetés dans le canal vertébral, peuvent déterminer une paralysie subite. Delpech, Louis, Nélaton, en citent des exemples.

Les théories n'ont pas manqué pour expliquer les différences que présente la gibbosité dans le mal de Pott. L'une des plus célèbres comme des plus anciennes, est celle qui consiste à y voir l'expression clinique de lésions anatomiques différentes. Pour Boyer, l'existence d'une saillie considérable était l'indice d'une carie profonde ; la courbure peu prononcée du rachis, au contraire, était la preuve d'une carie superficielle. Nélaton, rattachant ces deux états aux deux formes de la tuberculisation vertébrale qu'il croyait avoir démontrées, regardait le tubercule enkysté comme la cause des gibbosités volumineuses de l'épine, tandis qu'il rattachait à l'infiltration tuberculeuse et à la nécrose consécutive, l'usure



des corps des vertèbres qui amenait les faibles déformations de l'épine. Nous avons vu, en traitant de l'anatomie pathologique, que la déformation angulaire, quoique plus fréquemment de nature tuberculeuse, se rencontre aussi dans les autres formes de mal vertébral. On ne peut donc tirer de là aucune induction clinique. D'après Lorinser (1), le degré de gibbosité serait uniquement la conséquence de la présence ou de l'absence de symptômes nerveux. Lorsque ceux-ci surviennent de bonne heure, les malades prendraient le lit plus tôt, et la difformité rachidienne serait moindre; elle s'exagérerait, au contraire, lorsque, le mal restant indolent, ils continuent à vaquer à leurs occupations. Mais, comme le fait observer Shaw, cette influence ne saurait tout expliquer, car les malades voient leur gibbosité souvent augmenter dans la position horizontale. On peut conclure de tout cela, que la nature et le degré d'incurvation rachidienne dépendent d'une foule de causes, parmi lesquelles la nature même de l'affection et l'attitude habituelle sont les plus importantes.

A côté de la gibbosité doit se placer un autre signe sensible, le *gonflement du périoste et des parties molles* au niveau de la partie malade. Ce signe est loin d'avoir, au point de vue du diagnostic du mal de Pott, la valeur de la saillie angulaire. Il manque dans la plupart des cas, et presque toujours, lorsqu'il apparaît, les autres troubles fonctionnels sont évidents. Ceci est en rapport avec la rareté des lésions de l'arc vertébral postérieur. Mais, nul au point de vue du diagnostic, il offre assez d'importance au point de vue du pronostic, car il indique que l'affection se diffuse et qu'un abcès par congestion est en voie de se produire.

Les symptômes fonctionnels sont de deux ordres, suivant qu'ils sont l'expression de la maladie osseuse proprement dite ou de son extension à la moelle; à la première appartiennent la douleur et la roideur de la colonne vertébrale; à la seconde, les divers troubles de la sensibilité et du mouvement qui aboutissent à la paraplégie.

Peu de symptômes sont aussi variables que la *douleur* dans le mal vertébral. Nous croyons néanmoins être dans le vrai en disant que la douleur locale, celle causée par l'affection vertébrale proprement dite, est généralement de peu d'intensité. Ce qui entraîne les discordances d'opinion des auteurs, c'est qu'elle se complique souvent, dès le début de la maladie, de névralgies et d'irradiations spinales, que le malade et souvent le médecin ne rattachent pas à leur véritable signification, en sorte qu'on peut croire à l'existence d'un mal vertébral qui n'existe pas, comme méconnaître une carie osseuse parfaitement réelle.

La douleur vertébrale est une douleur profonde, rarement aiguë et lancinante, mais sourde et tensive, que le malade ne sait à quoi rapporter, qui se présente sans continuité absolue, mais avec de fréquentes exacerbations nocturnes. Dans nombre de cas, elle est si peu marquée, que le malade ne s'en aperçoit que dans les mouvements imprimés au rachis;

(1) *Chronische Wirbelentzündung*, in *Handb. der allg. und sp. Chir.*, p. 35.

par exemple, lorsqu'il veut se baisser, s'asseoir, se retourner dans son lit, ou lever quelque objet pesant. Rarement, elle est influencée par les variations atmosphériques, mais la pression l'exaspère fréquemment. La percussion sur les apophyses épineuses donne souvent, au début de la maladie, des indications très-nettes sur l'existence d'une affection latente des vertèbres; on peut aussi, en soulevant le malade par les épaules, et le laissant tomber à terre, déterminer une légère commotion qui retentit spécialement au point affecté. On a beaucoup vanté à une certaine époque, comme moyen de diagnostic, les frictions avec une éponge chaude, l'application d'un sachet brûlant le long de la colonne vertébrale; mais l'action de ces agents est trop variable suivant les individus pour que l'on puisse y compter.

La *roideur de la colonne vertébrale* est un symptôme constant dès le début de l'affection, mais qui échappe souvent, parce qu'il faut quelques précautions pour le constater. Lorsqu'on place la main sur la série des apophyses épineuses d'une personne bien portante, on sent, à chaque mouvement de flexion ou d'extension, une sorte de glissement qui amène successivement sous les doigts les différentes vertèbres. Lorsque, au contraire, on fait exécuter les mêmes mouvements à un individu affecté de mal de Pott, on éprouve la sensation d'une portion du rachis qui se meut tout d'une pièce. Ce résultat est d'autant plus net, que l'on perçoit mieux, dans ce cas, la saillie des muscles, dont la contraction instinctive fixe le segment malade de la colonne. Enfin, il existe presque toujours simultanément une certaine douleur, ce qui tient peut-être à un léger degré d'inflammation des parties molles péri-rachidiennes.

Quant aux troubles dépendant des altérations de l'axe rachidien, ils consistent dans les désordres du mouvement et de la sensibilité que nous avons déjà vus à l'occasion de la compression de la moelle.

Les *troubles de la sensibilité* ouvrent ordinairement la scène, et parmi ceux-ci, la *douleur en ceinture* est une des premières à apparaître. Se montrant d'abord de temps en temps, comme un sentiment de constriction passagère, elle ne tarde pas à revenir plus souvent, puis à s'installer définitivement, en même temps que son caractère change; elle est alors vive, parfois lancinante, comparée par les malades à un étai, à un coup de fouet, à une brûlure, etc. D'autres fois, elle affecte les allures de névralgies intercostales opiniâtres. Quand le mal est arrivé à sa période d'état, il est de règle de la voir diminuer notablement et même disparaître complètement.

Avec la douleur en ceinture, se montrent bientôt les autres phénomènes de la compression de la moelle. Si les douleurs fulgurantes rachidiennes sont beaucoup plus rares dans le mal de Pott que dans d'autres affections spinales, l'ataxie locomotrice, par exemple; en revanche, les sensations périphériques ne font presque jamais défaut. Ce sont des picotements, des fourmillements, que les malades perçoivent dans les mem-



bres inférieurs; à cette période, il n'est pas rare de voir quelques points d'hyperesthésie. Mais presque toujours, il ne tarde pas à survenir, sinon de l'anesthésie, au moins un affaiblissement notable de la sensibilité; les doigts s'engourdissent, les malades ont une conscience moins exacte de la résistance du sol; ceci, joint à la faiblesse musculaire qui est toujours très-marquée, contribue à donner aux individus atteints de cette affection une démarche spéciale.

Les troubles du mouvement sont presque toujours plus considérables que ceux de la sensibilité. Dès le début des accidents, il n'est pas rare de voir les enfants trébucher, tomber facilement. Ces symptômes coïncident avec une faiblesse des jambes, dont les malades ne se rendent pas compte d'abord, mais qui va sans cesse croissant jusqu'au moment où ils ne peuvent marcher sans béquilles. Tout le monde connaît le tableau que Boyer a tracé de main de maître, d'après Percival Pott, de la démarche des enfants atteints de mal vertébral; l'attitude qu'ils présentent dans la station pour garder l'équilibre, en rejetant la tête et le col en arrière, la lenteur et la précaution avec laquelle ils se meuvent, en se servant de leurs membres supérieurs comme de point d'appui; enfin, le soin qu'ils mettent à élargir leur base de sustentation, quand ils veulent se baisser et ramasser quelque chose.

Mais bientôt, lorsque le mal progresse, la marche, puis la station, puis la marche même avec des béquilles, deviennent impossibles; la faiblesse allant toujours croissant, les membres inférieurs refusent tout service, et le malade est condamné à garder le lit.

La paraplégie, dans le mal de Pott, présente certaines particularités toutes spéciales. Si la paralysie du mouvement est très-souvent complète, en revanche la sensibilité n'est presque jamais entièrement abolie; le malade perçoit, diminuées il est vrai, les diverses impressions du tact, de la douleur, de la température; cette dernière n'est même que fort peu émoussée. Le sens musculaire ou de pression reste ordinairement intact. Dans quelques cas rares, la sensibilité disparaît presque complètement, mais il est sans exemple qu'on ait vu dans le mal de Pott la conservation du mouvement avec l'abolition de la sensibilité. Par contre, on a eu l'occasion de voir quelquefois des paralysies du mouvement beaucoup plus marquées d'un côté que de l'autre; il n'est indiqué dans aucune des observations s'il existait des altérations de la sensibilité du côté opposé.

Quant aux mouvements réflexes, leur existence a été constatée dans nombre de cas de mal vertébral. Ordinairement, dans les premières périodes de la maladie, ils s'exagèrent notablement, et peut-être contribuent-ils à augmenter l'incertitude de la démarche du malade; mais, lorsque la paralysie musculaire fait des progrès, ils disparaissent, et le chatouillement de la plante du pied ne provoque plus aucune contraction musculaire.

La contractilité électrique passe exactement par les mêmes phases. Très-manifeste tant que la fibre musculaire est intacte, elle s'affaiblit et

cesse parfois quand la paraplégie est avancée. Cette dernière circonstance doit faire porter un pronostic très-grave, car elle annonce la désorganisation de l'élément musculaire.

A côté des symptômes de paralysie du mouvement, il existe des troubles tout opposés, qui tantôt les précèdent, tantôt coïncident avec eux; je veux parler de la contracture et des crampes. Ces phénomènes d'excitation musculaire se montrent souvent dès le début de la maladie, ils sont de même ordre que la douleur rachidienne et les fourmillements des membres dans la sphère de la sensibilité.

Les crampes sont surtout fréquentes. Elles consistent dans des contractions spontanées, fugitives et douloureuses d'un muscle isolé ou d'un groupe de muscles, se développant parfois sans cause appréciable, plus souvent à l'occasion de quelque mouvement. Elles siègent de préférence aux membres inférieurs, mais s'étendent fréquemment aux masses sacro-spinales et aux muscles de l'abdomen, si bien que ce dernier signe, d'après Bauchet (1), serait constant au début de la maladie; ces mouvements spasmodiques déterminent parfois de véritables attaques.

La contracture diffère de la crampe par sa persistance et sa durée. C'est un symptôme beaucoup moins fréquent que le précédent, avec lequel il peut alterner. Ordinairement, les membres ne sont pas alors fléchis, mais il existe une roideur tétanique des muscles spinaux qui amène un véritable opisthotonos. On a mis cette apparence sur le compte d'accidents de méningite rachidienne; mais les cas où l'on voit des convulsions cloniques succéder au tétanisme suffisent à montrer le peu de fondement de cette théorie.

Ces contractions spasmodiques sont presque toujours d'origine réflexe; le chatouillement de la plante du pied, l'application du froid, peuvent les faire apparaître; d'autres fois, elles se manifestent spontanément pendant le sommeil; toujours elles sont extrêmement douloureuses.

Il est peu commun de voir dans le mal de Pott, même accompagné de paraplégie confirmée, la paralysie de la vessie et du rectum. Ces viscères peuvent devenir paresseux; l'urine est rejetée avec moins d'énergie, la constipation devient habituelle; mais rarement il y a de la rétention d'urine ou de l'incontinence. Cette absence relative de troubles viscéraux est d'autant plus remarquable, qu'on sait avec quelle rapidité ils se développent dans les paraplégies d'origine traumatique. La même remarque s'applique aux lésions du décubitus qui sont tout à fait l'exception.

Les troubles généraux sont plus ou moins marqués. De l'amaigrissement, des bouffées de fièvre et de chaleur revenant le soir, parfois des sueurs nocturnes, une faiblesse toujours croissante qui finit par amener des digestions pénibles et de l'inappétence; tels sont les symptômes qu'on observe le plus fréquemment. Il est très-commun de voir en même temps

(1) Bull. de la Soc. anat., t. XXX, p. 454.