

douleur sourde d'abord, puis devenant rapidement très-vive, se déclare dans la région dorsale, s'exaspérant la nuit, rarement modifiée par la pression; elle entraîne l'insomnie et occasionne des souffrances intolérables. Le mal faisant des progrès, elle prend un autre caractère. Ce n'est plus en un point isolé qu'elle se limite, elle irradie tout le long de la colonne vertébrale, et part comme un éclair jusqu'aux extrémités inférieures, sans laisser aux malades ni paix ni trêve. Nous avons vu une de ces malheureuses qui, ne trouvant de repos nulle part, accablée d'un besoin de sommeil qu'elle ne pouvait satisfaire, passait ses jours et ses nuits à errer dans la salle sans aucun soulagement.

Des symptômes nouveaux ne tardent pas à se montrer. Ce sont d'abord des troubles de la sensibilité, des fourmillements à l'extrémité des orteils, de l'engourdissement, des sensations de froid et de chaleur. En même temps, les mouvements commencent à être moins assurés, les membres inférieurs fléchissent et se fatiguent; le malade ressent une faiblesse toujours croissante. La marche d'abord lente, puis traînante, ne tarde pas à devenir impossible, et les jambes inertes et insensibles, refusent complètement leur service, le malade est paraplégique. Au milieu de cette inertie fonctionnelle, surviennent de temps à autre des contractions énergiques, mais involontaires, tantôt sous forme de convulsions cloniques, tantôt sous forme de contractures. Il est commun alors de voir les jambes se fléchir sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, et si l'on veut étendre le membre, celui-ci se plier soudain en causant d'excessives douleurs.

Presque toujours, à cette période de la maladie, un nouveau signe s'est manifesté, et il existe une gibbosité vertébrale. Celle-ci, sans être caractéristique, ne ressemble ni à la déviation du mal de Pott, ni à celle du rachitisme; c'est une saillie à grande courbure, nullement angulaire comme dans le mal vertébral, sans gibbosité costale comme dans le rachitisme. Au niveau de cette élévation existe en général une douleur très-marquée. Les parties molles sont fréquemment œdématisées; cependant ce symptôme est très-variable. Il est quelquefois possible de percevoir à la région rachidienne des inégalités et des bosselures qui, dans l'espèce, ont une valeur diagnostique considérable, car on ne les rencontre pas dans le mal de Pott. Enfin, dans quelques observations, on a signalé la possibilité de percevoir une tumeur abdominale correspondant à la tumeur rachidienne.

Lorsque la paraplégie est complète, elle s'étend aux viscères, et l'on a à combattre tous les accidents de rétention d'urine, de cystite purulente et d'eschares au sacrum, dont nous avons présenté le tableau dans les précédents articles.

Le siège du cancer donne parfois lieu à des symptômes cliniques tout différents et fort remarquables, qui rentrent dans ce que l'on a décrit sous le nom d'hémiplégie spinale. Une jeune femme fut atteinte sans cause connue d'une paralysie incomplète des jambes, surtout marquée à droite, tandis qu'il y avait une diminution de la sensibilité manifeste à gauche.

Plus tard, le mal faisant des progrès, la paraplégie devint absolue, et la malade mourut à la suite d'eschares au sacrum (1).

Pendant l'évolution de tous ces symptômes, les signes généraux restent longtemps trop peu accusés, il n'y a point de fièvre, les fonctions digestives sont conservées, bien qu'ordinairement il ne tarde pas à se déclarer de l'inappétence. Mais l'amaigrissement fait bientôt des progrès, le malade prend la teinte spéciale à la cachexie cancéreuse, son visage se bouffit, des thromboses se forment dans les veines et déterminent des œdèmes douloureux des membres; enfin, à la dernière période, on voit souvent survenir une diarrhée rebelle, qui précipite l'issue de la maladie.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — Le cancer des vertèbres est, en général, une affection à évolution lente; mais il y a sous ce rapport des distinctions à établir. La rapidité du développement de la tumeur dépend exclusivement de la variété anatomique: le squirrhe, consécutif à celui de la mamelle, participera de la lenteur de l'affection primitive; l'encéphaloïde et le colloïde, au contraire, parcourront toutes leurs phases en un temps très-court. Il faut également tenir compte de la dissémination de l'élément cancéreux. Lorsque le mal est localisé à la vertèbre, il peut y persister longtemps; que s'il occupe, au contraire, plusieurs organes simultanément, on a alors affaire à une de ces généralisations du cancer qui emportent le malade en quelques semaines.

Quelle que soit la forme du mal, il ne rétrograde jamais, et suit toujours sa marche fatalement progressive. Rarement il semble rester stationnaire; plus souvent, après avoir marché avec lenteur, il éprouve une poussée aiguë, et fait en quelques jours des progrès considérables; c'est ce qui arrive à la suite de certains cancers du testicule, lorsqu'on y a porté le bistouri; la généralisation de l'affection marche alors avec une rapidité prodigieuse.

La durée de la maladie dépend naturellement de bien des circonstances: en général, elle n'est jamais bien longue. Cinq à six mois représentent la moyenne ordinaire des cas, parfois le malade traîne pendant un an, mais il est plus commun de voir l'inverse se produire.

La mort est la terminaison obligée du cancer vertébral. Elle survient de plusieurs manières. Tantôt le malade meurt d'épuisement, après être arrivé au dernier degré du marasme; tantôt, sur les derniers jours, il survient des hémorrhagies qui l'achèvent. Enfin, la paraplégie une fois survenue, ses conséquences nécessaires, les eschares au sacrum et la cystite purulente, finissent par emporter le malade.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du cancer vertébral, dans certains cas, n'offre pas de grandes difficultés. Lorsque, par exemple, à la suite d'un squirrhe de la mamelle ou d'une tumeur du testicule de mauvaise nature, on voit survenir des douleurs vives et lancinantes dans la colonne

(1) Ogle, *The Lancet*, 1856, p. 406.

vertébrale, on est en droit de craindre l'envahissement des os par le mal; on peut l'affirmer, si la paraplégie survient au bout de quelque temps. Ces douleurs, lorsqu'elles existent, sont une formelle contre-indication à l'amputation du sein ou du testicule, car c'est un fait d'observation, que l'intervention chirurgicale précipite toujours notablement la marche de la maladie.

Mais, lorsqu'il n'existe de cancer visible dans aucun organe, la présence d'une tumeur du rachis est extrêmement difficile à reconnaître; on peut même dire qu'à une certaine période, tant qu'on n'observe pas de déformation rachidienne ni de troubles du côté de la moelle, le diagnostic est impossible. La douleur profonde, seul signe qu'on rencontre alors, est commune à tant d'affections viscérales, que l'on est toujours porté à la mettre sur le compte d'une maladie des reins, de l'estomac, des ovaires ou de l'utérus.

Plus tard, quand l'infiltration spécifique a augmenté le volume des vertèbres, on n'a pour éléments de diagnostic que les symptômes de compression de la moelle, c'est-à-dire qu'on se trouve en face d'une paraplégie progressive dont il reste à débrouiller la cause. Or le cancer vertébral primitif est tellement rare, qu'on l'exclut presque toujours d'un diagnostic clinique; il en résulte que presque toujours aussi l'affection est méconnue. Nous avons vu, d'ailleurs, qu'elle n'offre point, à proprement parler, de symptômes spéciaux. L'intensité des douleurs, qui peut être dans certains cas un très-bon signe, n'a réellement que peu de valeur, puisqu'il y a des exemples où la maladie est restée absolument latente. L'œdème des parties molles au-devant de la tumeur, qui semblerait pouvoir mettre sur la voie, se rencontre parfois dans le mal de Pott, et manque souvent dans le cancer; on ne doit donc pas s'y fier. Un signe infiniment plus certain, c'est la présence, en un point de l'économie, à l'aisselle notamment, de ganglions engorgés, ou encore, comme l'a prouvé Trousseau, l'apparition spontanée sur quelque point du corps d'une thrombose; mais, malheureusement, ces signes font souvent défaut. On voit donc que, dans bien des circonstances, rien ne vient mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic. C'est alors que l'étude rigoureuse des antécédents du malade, et surtout de ses ascendants, peut rendre de grands services, car il ne faut pas oublier que le cancer vertébral, pas plus que celui des autres organes, n'échappe à la loi de l'hérédité. L'existence d'un cancer dans la famille pourra faire soupçonner dans les vertèbres une tumeur maligne, mais jamais on ne sera en droit de l'affirmer sur ce seul indice.

Il va sans dire que l'apparition sur la peau de petits tubercules cancéreux, assez fréquemment signalée dans les observations, vient donner au diagnostic une certitude presque absolue.

PRONOSTIC. — Il suffit de prononcer le nom de *cancer* pour éveiller l'idée d'un pronostic absolument mortel. Le cancer de la colonne vertébrale ne fait point exception; il est même proportionnellement plus grave, car si l'on a l'espoir d'arrêter le mal lorsqu'il occupe un organe isolé comme la ma-

melle, il est de toute évidence que l'intervention chirurgicale est nulle lorsqu'il a envahi les vertèbres.

TRAITEMENT. — Le traitement de cette maladie ne fait que consacrer notre impuissance absolue. Aucun remède n'a jamais enrayé ni même retardé d'une façon quelconque la marche du mal. Tout ce que l'on peut faire, c'est de soulager momentanément le patient, et pour cela, les opiacés sous toutes les formes sont indiqués. D'après Hawkins, l'acétate de morphine à l'intérieur produit les effets sédatifs les plus complets; cependant, en général, il faut éviter de faire absorber ce médicament à l'intérieur; indépendamment de ce que certains malades ne peuvent le supporter sans vomir, il détermine le plus souvent au bout de quelques jours de l'inappétence; or, il importe avant tout de soutenir les fonctions digestives. La méthode endermique ou hypodermique est de beaucoup celle qui procure le plus de soulagement.

Les révulsifs, le long de la colonne vertébrale, sont parfois indiqués; ils font prendre patience aux malades et peuvent être utiles. Il en est de même des emplâtres opiacés et belladonnés, qui sont suivis souvent d'un effet sédatif marqué.

3^e Tumeurs diverses.

A côté du cancer des vertèbres se groupent un certain nombre de tumeurs qui ont été observées beaucoup plus rarement, et dont l'histoire n'est pas assez bien connue pour mériter une description spéciale.

Les *exostoses* des vertèbres sont de toutes les plus communes. Elles sont presque toujours, sinon toujours, de nature syphilitique; jamais on ne les a observées, comme aux os des membres, siégeant symétriquement et à l'époque de la croissance. On trouve dans l'ouvrage de Lancereaux d'assez nombreux exemples de cette variété de tumeurs. Indolentes par elles-mêmes, lentes dans leur développement, elles empruntent leur gravité au voisinage de la moelle, qui finit par être comprimée et désorganisée. Le diagnostic en est souvent très-obscure; mais il est rare, quand les vertèbres sont prises, qu'il n'existe pas des tumeurs analogues à la clavicule, aux tibias, aux os du crâne. L'examen de la peau montre souvent aussi des traces de syphilis ancienne. Enfin, dans les cas douteux, le traitement par l'iodure de potassium, en faisant rapidement disparaître les accidents, vient confirmer le diagnostic.

On a signalé l'envahissement des vertèbres par des *ostéosarcomes*. Certaines tumeurs, dites anévrysmales et érectiles, de la colonne vertébrale, ne sont que des sarcomes dans lesquels les vaisseaux sont abondants et dilatés. Hawkins décrit un cancer des vertèbres, ayant débuté chez un enfant de quatre ans par le maxillaire inférieur, et qui semble devoir rentrer dans cette catégorie. Cooper Forster (1) a donné l'observation d'un sarcome myéloïde de la colonne vertébrale, consécutif à une tumeur

(1) *Transactions of the path. Society of London*. 1857, vol. VIII, p. 389.

de même nature développée dans la tête du péroné. Virchow (1) a constaté, chez un homme de vingt-cinq ans, mort paraplégique, l'existence d'une tumeur analogue, de la variété dite myxosarcome, siégeant au niveau des onzième et douzième vertèbres dorsales.

C'est peut-être à une tumeur de ce genre que doit se rapporter l'observation suivante, publiée par Milcent, dans les bulletins de la Société anatomique (2). Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-deux ans, porteur d'une tumeur lombaire indolente, avec symptômes de compression médullaire. L'affection avait été prise pour une carie vertébrale et traitée en conséquence; on avait même cru à un abcès par congestion, en raison de l'empatement de la fosse iliaque gauche. Le malade ayant succombé à sa paraplégie, on trouva une tumeur du volume d'une tête d'enfant, kystique, à parois osseuses amincies, crépitant comme du parchemin. L'intérieur était fongueux, et présentait des aréoles remplies de sang. La deuxième vertèbre lombaire était devenue aussi aréolaire.

L'enchondrome n'a été observé jusqu'ici que dans sa forme bénigne. L'observation suivante en paraît un exemple (3). « On trouva sur le corps d'un paraplégique, dans le canal vertébral, une petite tumeur grosse comme une noisette, probablement congénitale, située entre la dure-mère spinale et les apophyses épineuses. L'affection avait marché très-lentement, avec des variations d'acuité qui avaient fait supposer une maladie des enveloppes spinales. La tumeur examinée au microscope présentait une portion cartilagineuse et une autre fibreuse, très-vasculaire, en sorte que le point de départ put être attribué aussi bien aux vertèbres qu'aux méninges. » Paget (4) rapporte, dans son ouvrage, le fait d'une tumeur cartilagineuse, dont le point de départ était la tête des côtes : en pénétrant par les trous intervertébraux dans le canal vertébral, elle avait produit la compression de la moelle et la paraplégie.

Nous n'avons pu trouver d'exemple de généralisation d'enchondromes malins aux vertèbres.

Il n'est pas jusqu'aux *kystes hydatiques* qui n'aient été parfois observés à la colonne vertébrale. L'un des plus remarquables exemples est celui qu'a rapporté Dubois (5). Une jeune fille de vingt ans fut prise de douleurs dans les lombes, puis de faiblesse dans les jambes, enfin de paraplégie. En même temps, le rachis présentait une déviation latérale et antéro-postérieure; mais on ne découvrit point d'abcès par congestion. Elle mourut à la suite d'eschares au sacrum, et on trouva la onzième vertèbre dorsale complètement détruite par un kyste hydatique, sans qu'il existât d'hydatides dans aucun autre organe.

(1) *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 250.

(2) *Bull. de la Soc. anat.*, t. XVII, p. 309.

(3) *Pathol. des tumeurs*, t. I, p. 513.

(4) *Lectures*, t. II, p. 496.

(5) *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXIII, p. 95.

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU RACHIS.

1^o Spina bifida. — Hydrorachis.

On donne le nom de *spina bifida* à un vice de conformation du rachis, consistant dans la fissure des arcs vertébraux à travers laquelle s'échappe une partie ou la totalité de la moelle et de ses enveloppes.

Le spina bifida est assez fréquent, et il n'est point d'années où les services de maternités n'aient à en enregistrer plusieurs cas. Il peut se présenter à des degrés divers : tantôt il constitue une difformité compatible avec l'existence; tantôt il s'étend à toutes les vertèbres et s'accompagne de lésions qui rendent l'enfant inviable. L'histoire de ces derniers cas rentre plus particulièrement dans le domaine de la tératologie.

Le spina bifida est connu depuis longtemps. Tulpius, Morgagni, Ruysch en donnent déjà des descriptions très-exactes au point de vue des symptômes et des caractères anatomiques; mais l'étiologie de cette affection n'a commencé à être étudiée sérieusement que depuis les recherches d'embryogénie auxquelles le XIX^e siècle a donné naissance. Parmi les travaux que l'on pourra consulter sur cette question, nous indiquerons les suivants :

Hoin, *Mémoire sur le spina bifida* (*Mém. de l'Acad. de Dijon*, t. II). — DUBOURG (de Marmande), *Mémoire sur la cure radicale du spina bifida* (*Gaz. méd.* 1841, p. 481). — MALGAIGNE, *De la nature et du traitement du spina bifida* (*Journ. de chirurgie*, 1845, t. III, p. 38). — MORILLON, thèse de Paris, 1865. — PRESCOTT-HEWETT, *Med. Times and Gaz.*, t. XXXIV. — HOLMES, *Surgical Treatment of Children's Diseases*. Lond., 1868. — GIRALDÈS, *Maladies chirurgicales des enfants*. Paris, 1869. — LABOULBÈNE, *Notes sur une variété non décrite de spina bifida* (*Gaz. méd.*, 1859, n^o 50).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le spina bifida se présente sous la forme d'une tumeur située le long du rachis sur la ligne médiane. Les cas de spina bifida latéral, comme celui de Houël (1), appartiennent à des fœtus monstrueux non viables. Le plus souvent il siège à la région dorsale, puis, par ordre de fréquence, à la région lombo-sacrée, enfin au niveau de vertèbres cervicales. Les vertèbres dorsales moyennes sont beaucoup plus rarement intéressées, bien qu'on en ait vu quelques exemples. En revanche, la région sacrée est souvent affectée; mais, comme l'hydrorachis congénitale, à ce niveau, présente des caractères particuliers, et que, d'ailleurs, l'histoire des tumeurs de cette région est loin d'être faite, nous séparerons ces cas de la description générale du spina bifida, nous réservant d'en parler dans un article collectif sur les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

(1) *Bull. de Soc. anat.*, t. XXV, p. 184.