

s'écoule par la canule un liquide séreux d'une transparence presque parfaite, ou bien du sérum mélangé de cholestérine. Cependant, même dans ces cas, il reste, en général, au fond de l'abcès une certaine quantité d'un liquide trouble, et l'issue, par la canule, de masses caséeuses ou de débris de la membrane qui tapisse la paroi de l'abcès tuberculeux, ne tarde pas à nous renseigner sur la véritable nature de la tumeur que l'on avait prise pour un kyste. Dans les cas douteux, c'est l'examen microscopique qui sera chargé de trancher la question. Assez souvent ces résidus d'abcès ne sont plus du tout en relation avec le foyer morbide; le conduit fistuleux qui établissait la communication, est oblitéré par du tissu conjonctif. En général, les abcès par congestion ne déterminent que tardivement l'amaigrissement et la perforation de la peau.

Parfois alors l'évacuation du pus ne s'opère que peu à peu; en effet, la perforation de la capsule conjonctive et de la peau se produit dans certains cas de façon que le liquide ne s'écoule qu'au moment où le sac est distendu par son contenu; par contre, dès que les parois ne sont plus tendues, l'orifice se ferme par un mécanisme de valvule, grâce à l'obliquité du trajet. Le pus ne s'écoule ainsi que graduellement, en même temps que les parois de l'abcès se rétractent peu à peu; finalement, il ne reste plus qu'une fistule qui suppure et se ferme à son tour pour s'ouvrir de nouveau plus tard. Telles sont les formes favorables **d'ouverture spontanée des abcès par congestion**. Dans d'autres cas, par contre, le pus s'écoule d'une façon plus ou moins continue, et l'on ne peut alors espérer une heureuse terminaison que lorsque les conditions d'écoulement sont favorables. Les abcès situés à la face postérieure du tronc, entre les côtes ou dans la région lombaire, présentent évidemment de meilleures conditions d'écoulement que ceux de la partie antérieure; de même les abcès rétro-pharyngiens n'ont pas une tendance bien marquée à la décomposition putride du pus. Mais, dans la grande majorité des cas, la marche de l'abcès est aussi défavorable à la suite de la perforation spontanée que lorsqu'on s'est servi du bistouri. La putréfaction rapide du pus détermine un phlegmon plus ou moins étendu dans la région de l'abcès, et l'on ne tarde pas à voir survenir alors les symptômes d'une fièvre septique, d'une pyémie métastatique. Le pus des abcès froids a une tendance extrême à la décomposition putride, et lorsqu'un foyer étendu a son orifice d'écoulement situé d'une façon défavorable, l'insuffisance de l'évacuation explique bien les conséquences fâcheuses signalées plus haut. Mais ce ne sont pas les seules qui menacent les malades. Un grand nombre d'entre eux sont emportés par la tuberculose généralisée qui a pour point de départ soit le foyer vertébral, soit d'autres affections locales concomitantes de nature tuberculeuse. Un certain nombre d'autres malades chez lesquels la suppuration n'a pas déterminé de fièvre septique grave ni de pyémie, succombent plus tard aux conséquences de cette même suppuration, à savoir la dégénérescence amyloïde des grands organes glandulaires de la cavité abdominale. Mentionnons enfin les cas de mort par paralysie.

De toute notre description, il résulte évidemment que la plupart des cas d'ostéite de la colonne vertébrale affectent une marche chronique. Il en

est d'autres cependant qui évoluent d'une façon subaiguë et offrent le tableau clinique d'une affection fébrile générale. Les malades peuvent succomber sans que l'on ait réussi à diagnostiquer l'ostéite diffuse tuberculeuse des vertèbres, laquelle, dans ces cas, n'a pas déterminé une destruction complète des os malades, un affaissement des corps vertébraux détruits. Des cas de ce genre observés à la clinique de HASSE, ont été décrits il y a déjà nombre d'années (BUILLER). Le diagnostic offre ici tout au moins de grandes difficultés. Quant à l'**ostéomyélite tout à fait aiguë et non tuberculeuse d'un corps de vertèbre**, elle est extrêmement rare. J'ai cependant observé un fait de ce genre; il s'agissait d'une ostéomyélite de la 10^e vertèbre dorsale avec abcès primitif volumineux; une fois ce dernier guéri, l'affection se termina favorablement d'une façon générale. La marche de la guérison fut seulement troublée par le développement d'une myélite.

La guérison de la carie des vertèbres peut s'opérer à toutes les périodes. Les cas les moins favorables à un arrêt du processus, sont, sans doute, ceux dans lesquels la maladie se développe par foyers disséminés dans l'os. Ils sont, évidemment, très souvent sous la dépendance d'une tuberculose générale déjà existante. Les formes qui ont le plus de tendance à la guérison sont celles dans lesquelles l'affection née dans les articulations et les disques intervertébraux, s'est propagée de là au tissu osseux. Ces formes peuvent, en effet, guérir dès que la courbure de la colonne vertébrale a atteint un haut degré. Lorsque la gibbosité occupe la région dorsale du rachis, les côtes se rapprochent peu à peu et s'appuient les unes sur les autres, et finalement les côtes inférieures arrivent en contact avec le bassin. La partie malade cesse alors d'être comprimée, et il se produit une ostéite réparatrice ossifiante; au niveau du foyer morbide une ankylose osseuse réunit alors les parties sus et sous-jacentes de la colonne vertébrale. Dans les cas de suppuration abondante, on ne peut naturellement compter sur une aussi heureuse terminaison, et il en est de même à plus forte raison lorsqu'une nécrose tuberculeuse étendue ne peut s'éliminer.

§ 60. — Suivant le siège de la suppuration des vertèbres, suivant que cette dernière intéresse la région cervicale inférieure et dorsale supérieure ou la colonne lombaire, on constate des différences non seulement dans l'apparition de la déformation, mais encore et particulièrement dans celle des symptômes nerveux. Lorsque la carie intéresse les vertèbres cervicales inférieures et dorsales supérieures, les phénomènes initiaux consistent assez souvent en douleurs s'irradiant dans le domaine du plexus brachial. Il est hors de doute que les nerfs respiratoires sont souvent aussi affectés dans ces cas. Il n'est pas rare, d'ailleurs, d'observer une certaine gêne respiratoire due à l'obstacle apporté aux mouvements du thorax par la déformation du rachis. Lorsqu'il y a paralysie, celle-ci intéresse parfois aussi les extrémités inférieures; dans d'autres cas, elle

ne s'étend qu'aux membres supérieurs ou à l'un d'eux seulement. Lorsque l'affection occupe les vertèbres cervicales inférieures, il n'est pas rare d'observer la mydriase, ou bien l'étrécissement et l'immobilité de la pupille par suite de l'irritation du centre oculo-pupillaire (BUDGE).

Nous admettons comme parfaitement justifiée la classification des affections des vertèbres cervicales, telle que VOLKMANN l'a nettement établie, il y a pas longtemps.

Cet auteur distingue, d'une part, les cas dans lesquels il s'agit essentiellement d'une affection des corps vertébraux, et, d'autre part, ceux qui font plutôt l'impression d'une affection articulaire unilatérale.

Dans le premier cas, lorsque la maladie a une marche chronique, on voit bientôt se former au cou une gibbosité qui, en général, s'accompagne d'une lordose compensatrice de la colonne thoracique. Il arrive assez souvent que les phénomènes d'irritation sont peu prononcés et les mouvements relativement libres. Souvent aussi la maladie évolue sans suppuration. Les affections des vertèbres cervicales qui s'accompagnent de la formation de pus, ont, en général, un très mauvais pronostic. Les contractures en rotation sont rares, et les paralysies sont dues à la compression des nerfs à leur passage à travers les trous de conjugaison.

Les cas dans lesquels l'affection d'une articulation est probablement la cause des phénomènes observés, se produisent parfois à la suite d'une distorsion; la marche en est plus ou moins subaiguë, sinon aiguë. Ils sont caractérisés par la position que prennent la tête et le cou, sous l'influence de la contracture. Le **torticolis dit inflammatoire** correspond probablement à une partie de ces cas. Il s'agit, par conséquent, d'une contracture en rotation. La rigidité est, en général, très prononcée. Le malade évite anxieusement tout mouvement de la tête qu'il soutient de ses mains; les plus légères tentatives de mouvements provoquent de vives douleurs. Le plus souvent il s'y ajoute un certain degré de scoliose dans le sens du torticolis. Parfois l'une des articulations latérales est douloureuse à la pression ou même tuméfiée; assez souvent on constate un engorgement des ganglions lymphatiques correspondants, et VOLKMANN fait remarquer avec raison que l'on reste parfois dans le doute sur la question de savoir s'il s'agit d'une affection des vertèbres ou d'une poussée inflammatoire dans le voisinage des articulations vertébrales, ou encore d'une contracture douloureuse des muscles (torticolis rhumatismal). Souvent ces processus ne sont pas de nature tuberculeuse, et le pronostic en est alors meilleur. C'est ici tout particulièrement que l'on obtient de bons résultats de l'extension. Dans d'autres cas, il est vrai, la guérison n'est que passagère, et l'abcès qui se développe dans la suite prouve bien qu'il s'agissait en réalité d'une tuberculose articulaire. Mais précisément ici nous manquons de données anatomo-pathologiques suffisantes.

Le tableau clinique est aussi tout à fait typique lorsque la carie affecte les deux premières vertèbres cervicales. Déjà le mode particulier d'irradiation des douleurs névralgiques, dans le domaine des nerfs cervicaux supérieurs et grand occipital, est bien caractéristique, et il en est de même d'une certaine roideur particulière de la tête, que le malade sou-

tient et soulève volontiers de ses deux mains. Parfois on réussit à poser de bonne heure le diagnostic en constatant une gêne dans certains mouvements déterminés en rapport avec la vertèbre malade; tel est le mouvement de flexion de la tête pour l'articulation atloïdo-occipitale, celui de rotation pour l'articulation atloïdo-axoïdienne (LEYDEN).

Le plus souvent, cependant, le malade fixe à la fois ces deux articulations. Plus tard la tête s'incline tantôt en avant, tantôt en arrière et un peu latéralement. En outre, c'est précisément ici que l'on observe de bonne heure les symptômes de l'abcès rétro-pharyngien consistant dans des troubles de la respiration et de la déglutition, ainsi que dans l'apparition d'une tumeur au pharynx, etc. Le déplacement rapide ou graduel des surfaces articulaires est aussi un phénomène relativement fréquent dans les affections des vertèbres cervicales supérieures. La tête se luxé en avant sur l'atlas; la première vertèbre cervicale se déplace dans la même direction, après destruction des ligaments de l'apophyse odontoïde ou fracture de cette dernière. Ce déplacement, lorsqu'il se produit rapidement, peut déterminer une paralysie mortelle de la respiration par blessure de la moelle; lorsqu'il s'opère, au contraire, lentement, on observe plutôt une paralysie plus ou moins étendue. Mais même ces cas peuvent guérir avec ankylose, comme le prouvent un certain nombre d'observations. Bien plus, on a vu la guérison s'opérer après élimination de gros fragments nécrosés de l'atlas ou de l'axis par une fistule du pharynx.

Les affections de la partie inférieure du rachis (colonne lombaire) s'accompagnent de douleurs qui s'irradient dans le domaine du nerf crural et du sciatique. Assez souvent le malade accuse de bonne heure des douleurs lombaires et intra-abdominales. Puis vient la paralysie des muscles (paraplégie). On constate, en général, l'absence des réflexes lorsque l'affection intéresse la partie inférieure de la colonne vertébrale. Parfois on observe, en outre, la paralysie de la vessie et du rectum.

§ 61. — L'origine traumatique de la carie des vertèbres, comme celle des affections semblables des articulations, a été souvent un sujet de discussions, de la part des chirurgiens. Ce sont surtout les auteurs américains qui, dans ces derniers temps, ont soutenu l'opinion que la carie des vertèbres était, dans la plupart des cas, d'origine traumatique. Il est vrai que l'on réussit presque toujours à trouver une cause traumatique, car existe-t-il un enfant n'ayant jamais reçu de coup, ou que sa bonne ou sa nourrice n'a jamais laissé tomber? Sans vouloir nier la fréquence de cette cause, nous pensons que la question de l'étiologie n'en est guère plus avancée, car la gravité du processus ainsi que sa marche ne sont presque jamais en rapport avec l'importance du traumatisme, ce qui doit tout autant nous étonner que lorsqu'une tumeur blanche se développe chez un enfant, à la suite d'une chute sur le