

dans la deuxième et un fragment de son corps non séparé encore des parties vivantes est d'un blanc jaune infiltré de matière tuberculeuse. La consistance de ce fragment ne diffère pas sensiblement de celle des vertèbres saines. Mais l'extrémité inférieure du radius et surtout la troisième cunéiforme plus molles que dans l'état normal se laissent pénétrer et diviser par l'ongle sans le moindre effort. J'ai dû porter à cet examen une attention d'autant plus grande que M. Nélaton a soutenu, contrairement à ce que j'ai écrit dans mon premier mémoire, qu'un os infiltré de matière tuberculeuse ne pouvait pas être ramolli, qu'il était au contraire toujours plus dur qu'un os sain.

Je signale les impressions ovoïdes creusées à la surface des vertèbres. Cette forme d'altération de l'os se rencontre quelquefois seule; elle est à la fois un effet et un signe de l'origine tuberculeuse de la perte de substance de l'os.

*Huit cartilages détruits; tubercule épanché; tubercule infiltré; six vertèbres nécrosées; deux abcès par congestion.*

Obs. VIII. — Un boisselier, âgé de 55 ans, d'une taille ramassée et d'une forte constitution, n'avait jamais éprouvé qu'une affection syphilitique légère, lorsqu'il tomba malade à l'âge de 29 ans. Il attribua sa maladie à un faux pas qu'il fit en portant une cuve très-lourde; un charlatan consulté prétendit qu'il avait deux côtes luxées et opéra des manœuvres de réduction. A la suite de cet accident des douleurs se firent sentir dans le milieu du dos et s'irradièrent dans le thorax et le côté droit de cette cavité. Les membres inférieurs s'affaiblirent graduellement et finirent par refuser tout à fait leur service. La vessie et le rectum tombèrent en paralysie. M. le docteur Reudet, qui a bien voulu me communiquer ces renseignements et me faire assister à l'ouverture du cadavre, fut appelé à cette époque. Il trouva une gibbosité au milieu de la région dorsale, l'hypochondre droit était le siège d'une tumeur du volume du crâne d'un adulte, molle, pâteuse, fluctuante, à base large, soulevant les côtés asternales, empêchant le décubitus sur le dos. L'appétit et le sommeil étaient perdus; il y avait de la fièvre. Un mois et demi avant la mort, l'abcès fut ouvert dans le seul but de diminuer les souffrances du malade; il en sortit deux litres de pus mal lié, tenant en suspension beaucoup de flocons tuberculeux. Cette évacuation fut suivie d'un grand soulagement qui dura un mois; il survint alors des accès de fièvre avec frissons qui précédèrent de peu de jours la mort du malade.

*Nécropsie.* Le poumon droit était uni à la paroi thoracique par d'anciennes adhérences. Dans deux espaces intercostaux à droite, il y avait derrière la plèvre des traînées de matière tuberculeuse concrète de 54 millim. d'étendue. A la base du poumon droit, entre lui, le diaphragme et la colonne vertébrale, on trouvait une masse tuberculeuse du volume d'une grosse noix, entourée de parties molles engorgées et d'une sorte d'atmosphère de matière albumineuse, produit d'une inflammation récente. Le poumon gauche adhérait légèrement aux côtes; il y avait à la

racine un tubercule arrondi du volume d'une noisette. Le tissu des deux poumons ne contenait aucun tubercule.

Le ligament vertébral antérieur était entièrement séparé des vertèbres, depuis la septième cervicale jusqu'à la première lombaire; vers le milieu de la région dorsale, il existait une courbure à double concavité antérieure et latérale droite résultant de la destruction presque entière des cinq, six, sept et huitième vertèbres dorsales, dont il ne restait que quelques fragments nécrosés et isolés. Les quatre premières vertèbres dorsales, dénudées comme les autres, étaient voilées par une légère couche de matière tuberculeuse qui remplissait plusieurs fosses infundibuliformes creusées dans leur épaisseur. Les quatre dernières vertèbres dorsales étaient recouvertes par des masses épaisses de matière tuberculeuse concrète logées en partie dans de larges excavations de leurs surfaces. Il existait encore dans l'épaisseur de ces vertèbres des cavernes étroites, sinueuses et profondes dans lesquelles de la matière tuberculeuse s'était logée. Le corps de la neuvième vertèbre dorsale était infiltré de matière tuberculeuse dans la moitié supérieure de sa hauteur qui était d'un blanc terne et plus dure que dans l'état normal. Cette portion de vertèbre et les parties saines restaient encore unies par des inégalités qui se pénétraient réciproquement; mais un effort assez léger suffisait pour séparer la portion infiltrée et en faire un véritable séquestre. La dixième vertèbre offrait un fragment nécrosé de semblable apparence, mais plus petit. La première vertèbre lombaire était seulement dépouillée du ligament antérieur. Les cartilages des quatre dernières vertèbres dorsales, aussi bien que ceux des quatre moyennes, avaient disparu sans laisser le moindre vestige.

Du foyer principal de la destruction, c'est-à-dire des quatre vertèbres dorsales moyennes partaient deux trajets fistuleux; l'un dirigé à droite passait sur le bord externe du psoas au-devant du carré des lombes et s'entendait en s'effilant jusqu'au ligament de Fallope où il se terminait. Mais c'est surtout en arrière qu'il avait pris un grand développement; le pus, s'était frayé une route entre le grand dorsal et le carré des lombes, était arrivé sous la peau; il avait formé le vaste dépôt ouvert pendant la vie. Du côté gauche, le trajet fistuleux n'était descendu que jusqu'au milieu de la fosse iliaque; il contenait un petit fragment d'os nécrosé de 9 millim. de longueur.

Cette observation offre beaucoup d'analogie avec la précédente. L'une et l'autre nous montrent le tubercule infiltré, le tubercule épanché, des dépressions tuberculeuses, des vertèbres nécrosées et détruites, un long décollement du ligament vertébral antérieur, des abcès par congestion, enfin plusieurs cartilages absents. Dans les deux cas, le tubercule épanché aussi bien que le tubercule infiltré me paraissent avoir concouru à la destruction des cartilages. Mais, dans le dernier sujet, les lésions étaient plus étendues et plus prononcées. Ainsi les quatre vertèbres moyennes étaient représentées par des fragments osseux, dans lesquels l'infiltration tuberculeuse ne pouvait être méconnue. Cette même lésion avait envahi des portions assez étendues des neuvième et dixième vertèbres, qui tenaient encore

aux parties saines, en sorte que leurs formes n'étaient point altérées. Enfin, les quatre dernières vertèbres, et surtout la onzième et la douzième, logeaient dans des fosses superficielles, et dans des cavités sinueuses et profondes, des masses tuberculeuses considérables. Des productions morbides aussi étendues et aussi rapprochées des cartilages avaient dû avoir quelque part à leur destruction.

La perte de substance et la double incurvation éprouvée par le rachis résultaient de l'absence des cartilages inter-vertébraux, mais surtout de la nécrose des quatre vertèbres dorsales moyennes, dont les fragments, quoique volumineux, ne représentaient pas cependant les corps vertébraux primitifs. L'incurvation aurait été bien plus grande si ces fragments, qui soutenaient encore le poids des parties supérieures, eussent été brisés ou qu'ils se fussent éloignés de la ligne rachidienne. Enfin, les neuvième et dixième vertèbres dorsales, privées d'une portion de leur substance, auraient fini par faire partie de cette vaste échancrure.

*Les deux premières vertèbres lombaires détruites; la troisième creusée par un tubercule; abcès par congestion; oblitération d'une veine iliaque primitive; phthisie pulmonaire.*

Obs. IX. — Un jeune homme de 15 ans fit, en 1855, un premier séjour à l'hôtel-Dieu pour une inflexion anguleuse de la colonne vertébrale, située au niveau des premières vertèbres lombaires. Les membres inférieurs n'étaient point paralysés. Des cautères furent appliqués sur les côtés de l'incurvation et le repos prescrit, mais non observé. Le malade quitta l'hôpital et y revint au bout de dix mois, n'ayant pas cessé un seul jour de marcher; mais alors il était pâle et faible, sa voix était cassée, il toussait et crachait abondamment; il avait de la fièvre et du dévoïement. Les forces diminuèrent rapidement, les membres inférieurs s'infiltrèrent; le gauche surtout était énormément tuméfié. La mort arriva au milieu des symptômes les plus évidents de la phthisie pulmonaire.

*Nécropsie.* Les corps des première et deuxième vertèbres lombaires sont détruits presque en totalité; ce qui reste est de couleur rose pâle. Le corps de la troisième vertèbre et son cartilage supérieur commencent à être usés. Le ligament vertébral antérieur forme l'enceinte du foyer qui correspond aux vertèbres détruites; ce foyer communique avec un autre plus vaste, situé sur le côté gauche des trois dernières vertèbres lombaires, et descend au-devant du psoas, jusqu'au niveau de la crête iliaque. La veine iliaque primitive gauche, située dans la paroi de ce foyer, est oblitérée par un caillot sanguin, intimement adhérent à la face interne, et se prolongeant dans les veines iliaques externe et crurale du même côté; il est formé de couches fibrineuses concentriques, d'autant plus solides et plus pâles qu'on les examine plus supérieurement. Ce foyer contenait une verrée de sérosité tenant en suspension une grande quantité de matière tuberculeuse et quelques petits graviers. La troisième vertèbre lombaire ayant été dépouillée du ligament vertébral

antérieur, dont elle était encore recouverte, on vit sur le côté gauche de son corps une ouverture, de la grandeur d'un centime, occupée par de la matière tuberculeuse, conduisant dans une cavité anfractueuse, profonde et large, remplie de la même matière, dont le manche du scalpel enleva trois masses, du volume d'un gros pois; moelle épinière et ses membranes intactes.

Un grand nombre de ganglions mésentériques sont durs et engorgés; de petits tubercules miliaires sont disséminés sur le mésentère. Les poumons contiennent une multitude de tubercules, et sont creusés à leur sommet par de nombreuses cavernes.

Deux vertèbres chez ce sujet sont en grande partie détruites; ce qui en reste est de couleur rosée et semble avoir été usé par le frottement; et l'on est d'autant plus en droit d'admettre que la destruction a eu lieu par ce mécanisme que, pendant la longue maladie de ce jeune homme, jamais les jambes n'ont été paralysées ni même faibles, et qu'il a constamment beaucoup marché, non-seulement chez ses parents, où il était libre, mais encore à l'hôpital, malgré nos remontrances. Le corps de la troisième vertèbre lombaire était creusé par une cavité qui en occupait la plus grande étendue; la voûte de cette cavité n'était formée que par une mince lame osseuse, qui aurait été bientôt usée si le malade eût encore marché quelque temps; la cavité une fois ouverte, l'usure de la vertèbre aurait fait de rapides progrès. Rien ne prouve, sans doute, que des cavernes semblables aient existé dans les première et deuxième vertèbres lombaires, mais aussi rien ne démontre que leur disparition soit due à l'infiltration tuberculeuse et à la nécrose, dont il n'existait aucune trace sur le cadavre.

Une autre lésion mérite d'être notée: je veux parler de l'oblitération de la veine iliaque primitive, qui dépendait, sans aucun doute, du voisinage du foyer purulent. L'infiltration du membre inférieur correspondant, l'effet de cette oblitération doit aussi en être considéré comme un des signes les plus caractéristiques. Je dois placer ici une observation dans laquelle une complication semblable n'a pas moins concouru à la mort du sujet que la maladie principale.

*Mal de Pott; catarrhe pulmonaire; dévoïement; oblitération de la veine cave inférieure; infiltration des membres inférieurs; eschares au sacrum; mort.*

Obs. X. — Un garçon, de 12 ans, porte une incurvation vers le milieu de la région dorsale, sans paralysie; il tousse, il expectore en abondance des crachats épais et arrondis; il éprouve de l'oppression et de l'enrouement. Quelquefois il survient du dévoïement qui disparaît sous l'influence de moyens appropriés. Les membres inférieurs et le pourtour du bassin sont énormément infiltrés; des eschares se forment au sacrum et sur l'une et l'autre fesse; la face est bouffie, la peau terreuse. Cet enfant garde constamment la même position. On ne peut lui imprimer le moindre mouvement sans qu'il éprouve de cruelles douleurs; aussi n'a-t-il jamais

pu être soumis à un examen approfondi du côté des organes de la poitrine. Je présume d'après les symptômes qu'il existe une phthisie pulmonaire dont l'infiltration des membres inférieurs n'est qu'un effet. Je me borne à calmer la toux, à modérer les crachats et le dévoiement lorsqu'il paraît, à faire panser soigneusement les plaies qui ont succédé à la chute des eschares. Tous mes soins n'empêchent pas le malade de s'éteindre sept mois après son entrée à l'hôpital.

*Nécropsie.* La septième vertèbre est complètement détruite; quelques fragments nécrosés de son corps nagent dans une petite quantité de liquide séreux qui tient en suspension des flocons tuberculeux. Les corps des deux vertèbres voisines de la septième sont à moitié détruits vers leur partie antérieure. Le ligament vertébral antérieur est à peine soulevé. La moelle épinière et ses membranes ne sont ni injectées ni comprimées. Les deux poumons sont souples, crépitants et intacts de tous points. Quelques ganglions bronchiques grossis sont transformés en matière crétaçée. La trachée artère et les grosses bronches sont parfaitement blanches; les dernières ramifications bronchiques sont très-légèrement injectées. Le cou ne présente rien d'anormal. L'estomac et les intestins sont blancs dans toute leur étendue. Tous les organes abdominaux sont intacts, hormis la veine cave inférieure qui est complètement oblitérée par un énorme caillot sanguin. Ce caillot commence en pointe au niveau de la troisième vertèbre lombaire; il grossit rapidement et remplit la cavité de la veine dont le diamètre est d'environ 20 millim. Le caillot continue dans les veines iliaques primitives et hypogastriques, et il se montre d'autant plus blanc et plus dense qu'il se rapproche plus de son extrémité supérieure. Tout à fait en haut, il a perdu complètement sa partie colorante; en bas il est mou et d'un rouge foncé. Il est composé de couches concentriques.

Toutes les veines occupées par le caillot sont distendues; la seule veine iliaque externe gauche est aplatie par l'artère du même nom qui passe obliquement sur elle. Le caillot des grosses veines n'adhère point aux parois de ces vaisseaux; il est fixé par les petits caillots qui pénètrent dans les vésicules collatérales. Les parois de tous ces vaisseaux sont parfaitement blanches.

La lésion de la colonne vertébrale est tout à fait étrangère à la mort de cet enfant qui a été le résultat des seules complications. Les crachats abondants, la diarrhée, l'infiltration des membres inférieurs et surtout les eschares, étaient bien suffisants pour consommer la ruine de l'économie. Je dois faire remarquer que les crachats et la diarrhée n'étaient point expliqués par des traces d'inflammation dans les organes correspondants; et si la phlegmasie a existé à une époque antérieure, il faut convenir que sur la fin de la vie ces liquides étaient le produit d'une habitude de sécrétion contractée par les membranes muqueuses. Quant aux caillots des veines abdominales, bien qu'il n'existât dans les parois de ces vaisseaux aucune trace d'injection, aucun épaississement, il est plus que probable que la formation a été le résultat de la phlegmasie des parois de la veine cave à une époque qui a précédé l'entrée du malade

à l'hôpital. Je me souviens avoir observé une inflammation de la veine saphène interne caractérisée par les symptômes les moins équivoques; le malade étant mort quelque temps après d'une autre maladie. Je constatai que les parois de ces vaisseaux étaient parfaitement blanches et souples et que la cavité était occupée par un caillot solide comme dans le fait actuel.

*Cavité tuberculeuse dans les dixième et onzième vertèbres dorsales et leur cartilage; vaste abcès au-devant du rachis.*

OBS. XI. — Un jeune homme de 23 ans entra à l'Hôtel-Dieu en février 1836: il avait une fistule à l'aîne gauche, et portait la trace de deux cautères sur les côtes de l'épine dorsale. Dévoré par une fièvre continue avec redoublement, il toussait et crachait beaucoup et ressentait des douleurs dans l'abdomen. Ce malade nous apprit qu'il éprouvait depuis cinq ans des douleurs dans le dos, qu'il avait longtemps gardé dans l'aîne gauche un abcès ouvert et converti en fistule depuis six mois seulement. Cette fistule ne donnait qu'une médiocre quantité de pus. Un pansement simple avec la charpie, des tisanes pectorales, des loochs, du lait et des bouillons, tels furent le traitement et le régime prescrits.

Dix jours s'étaient à peine écoulés depuis l'entrée de ce malade qu'il tomba subitement dans un état comateux auquel il succomba au bout de quarante-huit heures.

*Nécropsie.* Une sonde introduite par l'orifice fistuleux de l'aîne aboutit à l'ouverture aortique du diaphragme en parcourant un long trajet derrière le péritoine. Un vaste foyer purulent occupe le devant de toute la colonne dorsale et des trois dernières vertèbres cervicales. L'enceinte de ce foyer est formée en avant par le ligament vertébral antérieur et les plevres; en arrière par les corps vertébraux, leurs cartilages, les apophyses transverses, l'extrémité postérieure des côtes et une partie des muscles intercostaux. Le pus descend à droite de la région lombaire, derrière le rein droit jusqu'à la crête iliaque; il est crémeux, jaunâtre, homogène, sans traces de tubercules; sa quantité peut être évaluée à un litre; les corps vertébraux ont une teinte noire; le fond de la gouttière transversale creusée sur leur face antérieure est occupé par une bande de matière albumineuse, dense, se laissant enlever par plaques mamelonnées et paraissant être un dépôt du liquide purulent puisqu'on les rencontre sur toutes les parois de cette vaste cavité. La colonne vertébrale, divisée dans toute sa longueur d'avant en arrière et sur la ligne médiane, nous laisse voir toutes les vertèbres et leurs cartilages intacts, à l'exception des dixième et onzième vertèbres dorsales et de leur cartilage commun. La partie centrale de ce cartilage, celle qui dans l'état normal offre l'aspect d'une gelée blanchâtre, est remplacée par une sorte de bouillie grise sans consistance et apparence d'organisation. La portion dure du cartilage, celle qui en occupe la circonférence, n'a point éprouvé d'altération, et sert comme à

l'ordinaire de lien aux deux vertèbres. La dixième et la onzième vertèbres sont creusées dans leurs faces correspondantes par une excavation demi-sphérique dont la réunion représente une cavité arrondie assez grande pour loger une noisette. Cette cavité formée ainsi aux dépens des deux vertèbres et de la partie centrale de leur cartilage est occupée par la matière grise dont j'ai déjà parlé. Ses parois sont lisses, brunes; mais les vertèbres qui les forment n'ont subi aucun changement dans leur consistance et leur structure. Un canal long de 9 à 11 millim. ayant le diamètre d'une plume d'oie, situé dans le côté droit de la dixième vertèbre, s'ouvre en arrière dans l'excavation dont nous venons de parler, et en avant sur la face antérieure du corps vertébral, et par conséquent dans le grand foyer situé au-devant du rachis. La colonne vertébrale n'a d'ailleurs éprouvé aucun changement dans sa forme. Les poumons sont souples, non adhérents, sans tubercules. L'estomac, les intestins et tous les autres viscères abdominaux sont sains. Le cerveau n'offre ni épanchement ni injection, ni altération de consistance. L'arachnoïde de la base paraît un peu opaque. Moelle épinière dans l'état normal.

L'observation qu'on vient de lire est d'une espèce très-rare; les lésions qu'elle présente s'éloignent tellement de celles qu'on a l'habitude de rencontrer qu'il serait difficile d'en reconnaître la nature, si l'on n'avait fait une étude approfondie des maladies organiques des os et en particulier de celles de la colonne vertébrale; avec ces conditions même, la véritable cause de cet abcès aurait bien pu nous échapper, si nous nous étions contenté, ainsi qu'on le fait trop souvent, d'un examen superficiel, et si nous n'avions dépouillé avec soin la surface de toutes les vertèbres de la matière albumineuse concrète qui y adhère intimement, et si en outre nous n'avions divisé le rachis dans toute sa longueur. Grâce à ces soins minutieux, nous pûmes découvrir et l'orifice antérieur du canal anormal qui occupait la dixième vertèbre et l'excavation creusée dans les dixième et onzième vertèbres et au centre de leur cartilage. La perte de substance éprouvée par ces trois organes était occupée, ainsi qu'il a été dit, par de la matière grise semblable à de la bouillie, n'ayant nullement l'aspect du tubercule. Le liquide contenu dans l'immense foyer qui mesurait presque toute la hauteur du rachis n'offrait rien de tuberculeux. Dès lors quel rapport pouvait-il exister entre le tubercule et les lésions pathologiques placées sous nos yeux?

Il faut d'abord remarquer la durée de la maladie. Plus de cinq années s'étaient écoulées depuis l'apparition des symptômes. Une douleur vive, continue, invariablement fixée au niveau des dixième et onzième vertèbres dorsales, avait été le premier et le plus constant des phénomènes manifestes chez ce malade. Deux cautères appliqués dans le voisinage du mal, longtemps avant l'entrée du sujet à l'hôpital, n'avaient pu en triompher; il n'est pas besoin de chercher à cette douleur une autre cause que le foyer vertébral. Mais ce foyer lui-même comment avait-il été produit? S'il eût contenu un tubercule cru ou ramolli, la question serait toute

TOME II. 4<sup>e</sup> s.

tranchée, mais il n'en existait point de vestiges; il faut donc admettre ou qu'il n'y en avait jamais eu ou qu'il avait disparu. Je n'hésite pas à me prononcer pour cette dernière hypothèse. 1<sup>o</sup> Le tubercule des vertèbres, comme celui des poumons, comme celui de tous les autres organes, ne se montre à l'état de crudité que pendant un temps limité. Un moment arrive où, indépendamment de toute circonstance extérieure, et par les seules lois auxquelles son existence est soumise, cette production pathologique se ramollit et perd la plupart de ses caractères physiques. Ce ramollissement s'observerait fréquemment si la vie des malades se prolongeait assez pour qu'il pût s'opérer; mais le contraire arrive le plus souvent. Dans le mal de Pott, par exemple, les complications graves qui surviennent, enlèvent presque toujours le malade avant la fonte complète des tubercules, et fournissent l'occasion de l'observer à l'état de crudité; mais le sujet de notre dernière observation s'est soustrait à cette loi. Depuis le début du mal jusqu'à la mort, il s'est écoulé cinq années, qui ont été plus que suffisantes pour permettre au tubercule de se ramollir. 2<sup>o</sup> La forme de la perte de substance osseuse nous fournit encore un argument en faveur de l'existence du tubercule. Les cavités creusées au milieu des os par les tubercules en masse sont tellement caractéristiques qu'il est impossible de ne pas les reconnaître quand une fois on les a vues. Ces cavités sont tantôt largement ouvertes à l'extérieur, tantôt closes de toutes parts, et sans communication avec la superficie du rachis; d'autres fois, enfin, elles aboutissent à la circonférence d'une vertèbre, soit par un simple orifice, soit par un véritable canal. Quelle que soit leur forme, leurs parois sont lisses; on les dirait formées par un emporte-pièce, ce qui les distingue des pertes de substance qui résultent de la chute d'un séquestre; souvent même elles sont recouvertes d'une fausse membrane. L'os sur lequel ces cavités sont creusées n'est point altéré, il n'a point diminué de consistance, ses cellules ne sont point élargies, sa couleur est celle de l'état normal. Ces caractères suffisent pour les séparer complètement des pertes de substance qu'éprouvent les os ramollis par la carie. Si les cavités tuberculeuses portent des caractères tellement tranchés qu'on ne puisse les confondre avec d'autres, n'est-il pas évident que de leur seule présence on devra conclure à l'existence antérieure du tubercule, lors même qu'il n'y aurait plus de traces de ce dernier? De même qu'une cavité tuberculeuse du poumon décèle, par sa forme sa véritable origine, lors même qu'on ne trouve autour aucun tubercule à l'état de crudité. Appliquant ces considérations au cas qui nous occupe, j'en conclus qu'une masse tuberculeuse a envahi primitivement les dixième et onzième vertèbres dorsales; qu'elle a détruit consécutivement la partie centrale du cartilage intermédiaire; qu'elle s'est liquéfiée par l'effet du temps et probablement aussi par son mélange avec la portion pulpeuse du cartilage; enfin, que le produit de cette fonte a été versé au-devant de la colonne vertébrale par le canal creusé dans la dixième vertèbre par la matière tuberculeuse.

Maintenant il nous reste à montrer le rapport qui existe entre cette lésion organique et l'abcès situé

au-devant du rachis. La première chose qui frappe, c'est l'immense étendue de ce foyer purulent, comparée à l'exiguité de la lésion vertébrale. Cette disproportion pourrait peut-être éloigner la pensée que celle-ci est la cause du premier. Mais il est aisé de concevoir comment une petite quantité de liquide versé entre le rachis et le ligament vertébral a décollé celui-ci, et y a, par son contact, excité une inflammation, source d'une nouvelle sécrétion purulente. Le décollement, l'inflammation et la sécrétion purulente se prêtant un mutuel appui pour l'élargissement du foyer, celui-ci a pris une grande étendue, d'autant plus aisément que le temps ne lui a pas manqué. Du reste, je dois faire observer que cette collection purulente, quoique due à une maladie du rachis, n'était pas proprement un abcès par congestion. On appelle de ce nom un abcès dont le pus est formé dans un point circonscrit plus ou moins éloigné. Ici l'organe sécréteur n'était certainement pas la portion malade de la colonne, mais bien les parois molles du foyer; ainsi c'était simplement un dépôt symptomatique d'une lésion locale, comme ceux qui se développent autour des corps étrangers.

On pourrait se demander comment il se fait qu'une ou plusieurs vertèbres détruites par le tubercule n'ont souvent autour d'elles qu'un abcès très-minime, tandis qu'ici un abcès énorme coïncidait avec une lésion organique fort circonscrite. Il est aisé de se rendre compte de cette différence: si le tubercule attaque et détruit d'emblée une ou plusieurs vertèbres, il en résulte une incurvation et souvent même une paralysie, qui tient le malade plus ou moins immobile dans son lit et prévient ainsi l'inflammation que les mouvements développeraient autour de la lésion organique. Chez notre malade, au contraire, l'exiguité et le siège de l'altération laissant à la colonne sa forme, aux cartilages leur souplesse et aux membres inférieurs toute leur force, le repos n'a jamais été observé, et le mal, siègeant, d'ailleurs, dans un point du rachis où les mouvements sont très-étendus, il ne faut pas chercher d'autres motifs de l'accroissement incessant de l'abcès.

*Perte de substance de la cinquième vertèbre lombaire; canal creusé dans ce qui reste du corps de cette vertèbre; tubercules crus; traces d'inflammation dans les plevres, l'estomac, l'intestin grêle, le péritoine.*

Obs. XII. — Un enfant de la charité, âgé de 11 ans, fut envoyé de la campagne pour une gibbosité vertébrale de la cinquième vertèbre lombaire, faisant une saillie très-prononcée. L'enfant marchait bien, les membres inférieurs conservaient leur sensibilité; la tumeur, qui avait été douloureuse, ne l'était plus maintenant. Il attribuait sa maladie à des chutes fréquentes de cheval. Un cautère fut appliqué au voisinage de la gibbosité, et le repos prescrit; mais rien ne put obliger cet indocile malade à garder le lit. Un mois après son entrée, cet enfant fut atteint de petite vérole; l'éruption, partout très-abondante, se montrait confluyente à la face; pen-

dant la période de dessiccation, il survint des vomissements, de la diarrhée, et un mouvement fébrile continu. Les antiphlogistiques, les adoucissants, les calmants les plus variés ne purent triompher de ces symptômes qui se prolongèrent plusieurs mois. Dans les quinze derniers jours de sa vie, cet enfant refusa tout remède avec obstination; les boissons et les aliments les plus légers n'étaient pas mieux accueillis; il mourut dans le marasme le plus extrême.

*Nécropsie.* — Au-dessous de la base du sacrum, le ligament vertébral antérieur soulevé formait une tumeur élastique de la grosseur de la moitié d'une pomme ordinaire. La cavité de cette poche contenait environ une cuillerée à bouche de matière tuberculeuse en partie épaisse, en partie demi-liquide; la première tapissait la face interne du ligament soulevé, ainsi que la portion restante de la cinquième vertèbre lombaire; l'autre avait coulé au-devant du sacrum, et détaché de la première fausse vertèbre le tissu fibreux qui la revêt; on trouvait dans la partie déclive de cette poche quelques graviers osseux de la grosseur d'une tête d'épingle. La poche formée par le ligament vertébral était parfaitement close; aucun abcès n'existait dans le voisinage; néanmoins, le tissu cellulaire environnant était dur, engorgé, et les muscles psoas ainsi que la partie supérieure des iliaques étaient livides et ramollis.

La cinquième vertèbre lombaire usée de bas en haut avait disparu en grande partie, il ne restait que son apophyse épineuse, ses apophyses transverses et articulaires et la partie du corps la plus rapprochée du canal vertébral ayant 7 millimètres d'épaisseur d'avant en arrière. La portion de la face supérieure du corps qui avait échappé à la destruction, inclinée en avant, était encore incrustée d'une mince lame cartilagineuse; la face antérieure du fragment, devenue presque horizontale, était tapissée d'une couche de matière tuberculeuse au-dessous de laquelle on voyait le tissu osseux avec sa couleur rosée, ses cellules distinctes et la consistance normale. Cette pièce osseuse était traversée d'avant en arrière par un canal de 7 millimètres de largeur, nettement cylindrique, et semblant fait avec un emporte-pièce; il établissait une communication entre la cavité du kyste et le canal vertébral; de la matière tuberculeuse, homogène et consistante en occupait toute la cavité. En avant de ce fragment de la cinquième vertèbre lombaire, le cartilage de la quatrième, fortement incliné en bas, était venu se mettre en contact avec la base du sacrum, revêtue encore de son cartilage. Il n'existait de tubercule dans aucun autre endroit de la colonne vertébrale. Il n'y avait ni épanchement dans le canal rachidien, ni altération de la moelle ou de ses membranes.

Dans toute leur étendue, les poumons étaient unis aux plevres costales et diaphragmatiques par des adhérences anciennes; ils étaient souples, crépitants et exempts de toute altération organique. Le cœur, mou, pâle, ne contenait que de petits caillots sanguins. Le foie sain, d'ailleurs, adhérait au diaphragme par toute sa surface convexe. La grosse extrémité de l'estomac, parfaitement sphérique, se rétrécissait subitement, et le reste de l'organe jus-

qu'au pylore avait la forme d'un intestin grêle. La membrane muqueuse de la région pylorique était d'un rouge foncé; une injection semblable colorait toute la muqueuse du jéjunum.

Cette observation, analogue à certains égards à la précédente, confirme ce que nous avons dit sur la forme des pertes de substances produites par le tubercule; en effet, la portion de la cinquième vertèbre lombaire qui a échappé à la destruction est traversée d'avant en arrière par un canal nettement cylindrique, comme celui que nous avons vu sur la dixième vertèbre dorsale. Il est rempli par de la matière tuberculeuse, concrète, pure et exempte de tout mélange, ce qui ne laisse aucun doute sur l'origine de la perte de substance; peut-être existait-il au centre de la cinquième vertèbre lombaire une cavité tuberculeuse qui communiquait avec le canal rachidien par le conduit en question, comme dans l'observation précédente, la cavité commune aux deux vertèbres aboutissant par un canal au-devant du rachis. Peut-être encore un abcès se serait-il formé dans le canal rachidien, si la matière tuberculeuse n'eût pas trouvé à se répandre dans la direction opposée.

Chez ce dernier enfant, l'abcès qui soulevait le ligament vertébral était peu étendu, quoique la plus grande partie du corps d'une vertèbre eût disparu, et que la masse tuberculeuse fût assez considérable, tandis que chez le jeune homme de l'observation qui précède, l'abcès était très-vaste et la lésion organique très-circonscrite. Cela vient de ce que chez l'enfant, la maladie était moins ancienne; elle siègeait sur une partie du rachis où les mouvements sont plus obscurs qu'à la partie inférieure de la région dorsale; enfin, depuis l'invasion de la petite vérole jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant plusieurs mois, il n'avait pas quitté le lit; malgré ces circonstances peu favorables au développement d'une inflammation, les parties molles étaient engorgées, rouges, ramollies; elles seraient probablement devenues le siège d'une abondante suppuration, si la vie de l'enfant se fût prolongée.

*Excavation tuberculeuse dans la base de l'apophyse odontoïde; destruction complète de la troisième vertèbre cervicale et de ses fibrocartilages; ulcération d'un troisième fibrocartilage; destruction des articulations arthrodiales des quatre premières vertèbres; hémorrhagie par l'artère vertébrale.*

Obs. XIII. — Un enfant de 7 ans, après neuf mois de maladie, fut admis à la Charité dans le service de M. le docteur Polinière. Un séjour de trois mois permit d'observer les symptômes suivants: ganglion engorgé sur le côté droit et supérieur du col, puis ulcération de la peau correspondante. Cette ouverture devint un orifice fistuleux, par lequel s'échappait un liquide séreux entraînant des grumeaux de matière concrète et de petites esquilles osseuses. Dans le dernier mois de la vie, il se fit par là une hémorrhagie abondante qui rendit le malade presque anémique. Enfin pendant les quatre derniers jours de la vie, on vit sortir par cette fistule des vers qui

se renouvelaient chaque jour plus nombreux, malgré de fréquents pansements. Les mouvements de flexion et de rotation de la tête ne se faisaient qu'avec beaucoup de difficulté, et l'enfant assis dans son lit portait la tête légèrement inclinée à droite et soutenait son menton avec le pouce; il n'y eut jamais de paralysie. Ce malade s'éteignit le 29 octobre 1858.

*Nécropsie.* — La tête est inclinée à droite comme pendant la vie.

Au niveau de la troisième vertèbre cervicale et au côté droit du col, la peau présente une ouverture arrondie d'environ 7 millim. de diamètre, autour de laquelle cette membrane est décollée dans l'étendue de 41 millim. Les muscles sous-jacents ont éprouvé aussi un vaste décollement. Il existe là une sorte de canal évasé en dedans qui conduit sur le côté droit des cinq premières vertèbres cervicales.

La face inférieure du corps de l'axis a éprouvé une perte de substance; à sa place, on trouve une excavation arrondie creusée dans la base de l'apophyse odontoïde, assez large pour loger un pois. Cette vertèbre est brisée simplement sur son côté gauche; mais à droite elle est réduite en un grand nombre de petits fragments tenant encore aux parties molles, et on y voit une large perte de substance. Les masses latérales ont complètement disparu. L'odontoïde conserve sa forme extérieure et les ligaments qui s'y attachent ou qui passent derrière elle n'ont subi aucune altération.

Le cartilage qui unissait le corps de l'axis à la troisième vertèbre, le corps de cette troisième vertèbre et le cartilage qui l'unissait à la quatrième ont été complètement détruits. Par suite de cette perte de substance, la base de l'apophyse odontoïde est venue se mettre en contact avec la face supérieure du corps de la quatrième vertèbre dénudée et un peu usée. Les surfaces articulaires supérieures des masses latérales de cette vertèbre, dépouillées de leur cartilage et chagrinées, sont en contact avec les faces inférieures plus larges des masses latérales de l'Atlas également dénudées, mais non chagrinées.

Le fibro-cartilage qui unit la quatrième vertèbre avec la cinquième a éprouvé une perte de substance dans le tiers postérieur de son étendue; la portion correspondante des corps vertébraux est dénudée; si on regarde par derrière du côté du canal vertébral, on voit en place de la portion du cartilage absente une excavation profonde. Les deux tiers du cartilage restés intacts sont ondulés dans les limites de la perte de substance, et ce bord au lieu d'être taillé à pic est obliquement coupé et comme poli avec une lime. Dans le canal rachidien, à la hauteur de l'espace intervertébral dont nous venons de parler, on voit une poche formée par le ligament vertébral postérieur contenant un peu de pus et des esquilles très-petites descendues des vertèbres brisées. Au voisinage des vertèbres malades, on trouve beaucoup de petits fragments osseux semblables à du gravier; quelques-uns même ont 2 ou 3 millim. de longueur. Les portions d'os qui ont échappé à la destruction ne sont ni indurées ni ramollies; leur couleur est rosée, et leurs cellules sont semblables à celles des vertèbres les plus saines. La moelle épinière n'a éprouvé ni compression ni altération d'aucune espèce. Les poumons sont intacts et

exempts de tubercules. Les ganglions mésentériques sont engorgés. L'artère vertébrale du côté droit n'a pas pu être trouvée au niveau des vertèbres détruites; plus haut et plus bas, elle reparaisait. Ouverte par une esquille osseuse, elle avait probablement été la source de l'hémorragie qui avait tant affaibli le malade.

Je regarde comme étant de nature tuberculeuse la cavité sphéroïdale dont la base de l'apophyse odontoïde était creusée. S'il ne restait plus de traces de la production morbide, c'est qu'elle aura été entraînée pendant la longue suppuration dont le produit s'écoulait par l'orifice fistuleux cutané. On peut attribuer à l'influence plus ou moins éloignée de ce tubercule la disparition complète de la troisième vertèbre cervicale et celle de ses cartilages supérieur et inférieur.

Le fibro-cartilage des quatrième et cinquième vertèbres cervicales nous offre un mode de destruction tout spécial. Ce n'est point la partie centrale qui a été atteinte la première; mais il a été attaqué par son bord postérieur dans toute son épaisseur et dans le tiers de son étendue. A cette lésion se rattache la présence d'une poche remplie de pus et de petits fragments osseux, dont le contact prolongé contre le tissu cartilagineux n'a pu qu'exercer une influence fâcheuse sur lui.

Quant aux articulations arthroïdiales des quatre premières vertèbres, la destruction de leurs cartilages était complète; il est très-possible qu'il y eut primitivement autour d'elles de la matière tuberculeuse, comme on en voyait autour des mêmes parties, dans l'obs. 5, et qu'elle ait été entraînée par la suppuration. Il se peut encore que la suppuration abondante qui entourait ces articulations ait altéré leurs cartilages; comme aussi les moyens d'union de ces mêmes articulations, tirillés pour soutenir la tête dans l'absence du corps de la troisième vertèbre, ont pu irriter les cartilages et les synoviales et amener la destruction de ces parties.

*Dépression tuberculeuse; végétations stalactiformes; destruction d'un cartilage; abcès par congestion.*

Obs. XIV. — Jeanne-Marie Lazard, grande et grosse fille de 25 ans, réglée à 14 ans, habitait depuis quelques années la ville de Lyon où elle exerçait la profession de cuisinière. Durant toute sa jeunesse sa santé fut excellente, et malgré ses souffrances et un séjour de trois mois à l'Hôtel-Dieu, on remarquait que sa constitution était originairement bonne. Il y a deux ans environ, elle fut atteinte d'une maladie des organes respiratoires dont la durée fut de quinze jours seulement; depuis cette époque, elle éprouvait dans les reins et dans les membres des douleurs vagues qui ne cessaient jamais complètement: il faut noter qu'elle habitait alors un logement humide, puisqu'elle était attachée à un établissement de bains. Dans les premiers jours de janvier 1837, après une course faite par un temps de neige et de pluie, elle éprouva dans toutes les articulations des douleurs très-vives, qui, après un mois d'augmentation et de diminution, se localisèrent sur la hanche droite;

la marche devint de plus en plus pénible. Les bains et les douches d'Aix n'empêchèrent pas la hanche de se gonfler et la partie supérieure et postérieure de la cuisse de devenir le siège d'un abcès.

Les choses étaient dans cet état lorsque la malade entra à l'Hôtel-Dieu le 2 août 1839. L'abcès fut ouvert largement, et il s'écoula environ un litre de pus; l'ouverture se resserrant graduellement, il finit par ne rester qu'un simple orifice fistuleux situé au-dessous du grand fessier un peu en dehors de la tubérosité sciatique, qui fut jusqu'à la mort la source d'un pus fétide et abondant. Trois mois après l'opération, au 10 novembre, la malade était en proie à une fièvre grave avec redoublements quotidiens, les forces étaient abattues, les membres inférieurs infiltrés; il y avait de la diarrhée, la suppuration devenait tous les jours plus abondante plus fétide, la mort ne tarda pas d'arriver.

*Nécropsie.* — La cuisse droite est fléchie et portée dans l'adduction, le bassin élevé du même côté, l'épine iliaque portée en avant. Cette position du membre avait fait soupçonner pendant la vie une maladie de l'articulation ilio-fémorale. La peau et les muscles superficiels enlevés, on tombe sur les muscles psoas et iliaque, dont la couleur noire annonce le voisinage de la lésion. Le psoas est transformé en un véritable canal contenant du pus et contournant le col fémoral sur le trajet du muscle obturateur externe pour se rendre à l'orifice fistuleux déjà mentionné. Une fausse membrane se déploie sur toute la longueur de ce conduit. L'articulation coxo-fémorale était intacte; seulement, au-devant d'elle, on voyait une plaque osseuse de nouvelle formation, indépendante des os du bassin et du fémur, et représentant une sorte de bouclier.

Le trajet fistuleux, poursuivi vers l'extrémité supérieure du psoas, conduit jusqu'à la hauteur des première et deuxième vertèbres lombaires, où le foyer s'élargit et occupe tout le devant de la colonne vertébrale, dont il a détaché le ligament antérieur. Des deux côtés, le pus avait soulevé l'aponévrose du muscle carré des lombes et formé à gauche un vaste abcès au-devant des muscles profonds du dos.

Le cartilage des première et deuxième vertèbres lombaires avait presque complètement disparu; il n'en restait que de légers fragments attachés à la circonférence de la face supérieure de la deuxième vertèbre. Le milieu de cette face présente une dépression de la largeur d'une pièce de cinq sous et de 2 millimètres de profondeur. Du côté gauche, les deux vertèbres sont fixées à leur distance normale par une portion de la circonférence du cartilage intervertébral restée intacte. La face inférieure de la première vertèbre lombaire est creusée par une excavation sphéroïde de 25 millimètres de diamètre, et de 9 ou 11 dans sa plus grande profondeur, offrant en arrière et en haut l'orifice antérieur d'un conduit très-court, large comme une plume d'oie, et dont l'orifice postérieur va aboutir dans le canal vertébral. Sur le côté droit du corps de la première vertèbre lombaire, on voit une impression digitale demi-circulaire rendue plus profonde par une stalactite développée sur la partie externe de son rebord. Elle forme une fosse complètement circulaire avec une autre dépression située sur le côté externe et supé-

rieur de la deuxième vertèbre lombaire. Cette dernière est rendue bien plus profonde que la précédente par le développement de végétations osseuses très-saillantes. Aucun de ces os, pas même la première vertèbre lombaire dont le corps a été creusé dans une assez grande profondeur, n'est altéré dans sa constitution. A l'état frais, ces surfaces osseuses dénudées baignaient dans le pus. La colonne vertébrale n'avait subi aucune inclinaison anormale. (Communiquée par M. Pommiés, chirurgien interne.)

L'abcès par congestion et la position particulière de la cuisse ont surtout fixé l'attention pendant la vie de la malade. On conçoit très-bien que pendant un séjour aussi prolongé au lit, insuffisamment motivé par une maladie de la hanche, et dans l'absence de douleurs bien distinctes le long du rachis, de gibbosité et de paralysie, la lésion vertébrale pût être méconnue; aussi l'autopsie seule permit-elle de voir autre chose qu'une maladie de l'articulation coxo-fémorale.

Après l'ouverture du cadavre il ne devait plus rester aucun doute sur la nature de l'abcès; mais quelle était l'origine de la lésion du rachis? Dépendait-elle du vice rhumatismal, qui aurait porté son impression sur le fibro-cartilage? ou bien le tubercule aurait-il joué un rôle dans son développement? La première supposition a pour elle les antécédents de la malade sur laquelle le rhumatisme avait déjà sévi, aussi bien que l'apparition des douleurs dans les lombes, à la cuisse; mais parce qu'un sujet aura été atteint de rhumatisme, ce n'est pas à dire pour cela que toutes les lésions qu'il éprouvera seront de nature rhumatismale, et cette douleur lombaire, qu'on a regardée comme l'effet de rhumatisme, pouvait bien être l'effet de l'affection du cartilage produite par toute autre cause. Cette méprise n'est pas rare; c'est ainsi que le mal vertébral, fixé à la partie supérieure du col, est souvent pris pour un torticolis dans le début, lors même qu'il est réellement dû au tubercule.

*Tubercule épanché; tubercule infiltré; excavations tuberculeuses; destruction de plusieurs cartilages intervertébraux et d'un cartilage sacro-iliaque; carie du sacrum et de trois vertèbres lombaires; destruction des deux premières vertèbres lombaires.*

Obs. XV. — Un enfant de la charité, âgé de 18 ans, d'une constitution lymphatique, fut observé par nous à l'Hôtel-Dieu en novembre 1834. Malade depuis quatorze mois, il avait d'abord éprouvé des douleurs dans les genoux, sans tuméfaction ni rougeur; par la suite, elles quittèrent ce siège pour se fixer à la partie inférieure de la région dorsale où elles allèrent croissant sous l'influence de la masturbation, que le malade exerçait souvent plusieurs fois dans la journée; la courbure de l'épine se prononça dans la région dorso-lombaire, avec augmentation continuelle des douleurs et impossibilité de se tenir quelques instants couché. Dès qu'il fut soumis à ma direction, je lui fis appliquer deux caustères sur les côtés de la gibbosité; les douleurs ne

tardèrent pas à disparaître, et le malade put se coucher quelques instants sur le dos. Plus d'une année s'écoula sans accident; point de douleurs dans le dos; point de paralysie dans les membres inférieurs; peu d'appétit, maigreur, faiblesse. On obtint, mais trop tard, du malade, qu'il ne se masturbât plus.

Au mois d'octobre 1835, au milieu de cet état stationnaire, il fut pris d'une violente douleur à la fesse droite, avec tuméfaction et fièvre, que les émoullents calmèrent; au bout de quelques jours, en décembre, il se forma autour de la gibbosité des abcès qui s'ouvrirent spontanément et laissèrent à leur suite des fistules sous-cutanées. En avril 1836, au milieu de la maigreur et de la faiblesse les plus profondes, il survint subitement une grande oppression avec battements précipités du cœur et matité dans la région de cet organe; ces symptômes n'avaient pas duré trois jours que le malade n'existait plus.

*Nécropsie.* — Le péricarde, distendu assez pour occuper la plus grande partie de la cavité gauche de la poitrine, contient environ un demi-litre de sérosité limpide; le cœur et les orifices sont sains; les poumons crépitants ne contiennent point de tubercules; seulement quelques glandes bronchiques plus volumineuses que les autres renferment à leur centre une masse caséuse assez considérable. Canal aérien parfaitement libre; aucun viscère abdominal n'offre de traces d'inflammation; la vessie est énormément distendue par l'urine.

Le cartilage des première et deuxième vertèbres lombaires est détruit, sans qu'il en reste la moindre trace. La deuxième vertèbre lombaire, blanche, nécrosée, est divisée en plusieurs fragments qui sont maintenus en place par le ligament antérieur non-soulevé. Au-devant des corps des troisième et quatrième lombaires, sous le ligament vertébral antérieur, on découvre plusieurs petites excavations renfermant de la matière tuberculeuse. Le léger vide qui sépare les deux premières vertèbres lombaires est occupé par une petite quantité de pus crémeux. De ce même espace inter-vertébral part à droite un trajet fistuleux du diamètre d'une plume d'oie; il longe les vertèbres lombaires, le bord interne du psoas, et vient se terminer en s'effilant derrière le petit trochanter.

Le périoste, qui tapisse la face antérieure du sacrum de celui qui passe au-devant de la symphyse iliaque droite, est soulevé par une masse considérable de matière tuberculeuse blanche, molle, diffuse, que contiendraient à peine deux cuillerées à bouche; elle pénètre à quelques millimètres dans l'articulation sacro-iliaque droite. Le cartilage de cette articulation est complètement détruit, en sorte que les deux os jouent librement l'un sur l'autre. Le sacrum est ramolli à tel point qu'une pression médiocre suffit pour rapprocher presque jusqu'au contact les deux lames de tissu compacte qui le recouvrent en avant et en arrière. Le tissu spongieux qui sépare ces deux lames, outre la mollesse extrême dont nous venons de parler, présente encore des cellules larges et pleines d'un liquide rouge lie-de-quin qui s'en écoule en abondance par la pression. Les trois dernières vertèbres lombaires sont affectées d'une altération semblable, mais moins avancée;