

Quand la fracture ne porte que sur l'apophyse épineuse, son extrémité détachée, mobilisée, permet de constater la crépitation; tous les mouvements de la région retentissent douloureusement sur le point fracturé, en raison de l'association de contraction des fibres musculaires des gouttières; il existe au niveau de la fracture une déformation, et la pression sur ce point est très douloureuse.

Il suffit de l'immobilité et du repos pour obtenir la consolidation de ces fractures, qui n'offrent pas de gravité quand elles sont simples et non compliquées.

Les lames peuvent être fracturées par un choc direct, par un coup de feu; tantôt le trait de la fracture ne porte que sur un côté; tantôt, au contraire, les deux côtés sont fracturés, et l'apophyse épineuse implantée sur les lames est tout à fait séparée. Le fragment détaché peut alors être entraîné vers la cavité médullaire, basculer et venir comprimer la moelle ou déchirer les méninges rachidiennes.

Quand cet enfoncement n'existe pas, l'immobilité suffit pour obtenir la guérison; quand au contraire le fragment basculé comprime la moelle et détermine des accidents paralytiques, on a proposé de le relever et même de trépaner pour en faciliter le redressement. Bien que ces tentatives n'aient encore fourni aucun cas de guérison, elles me paraissent légitimes.

Les apophyses transverses sont rarement fracturées isolément; on en connaît cependant quelques cas par coup de feu à la région cervicale; l'artère vertébrale est nécessairement atteinte, ce qui rend le pronostic des plus graves.

Les apophyses articulaires sont d'ordinaire fracturées en même temps que les corps.

On connaît quelques cas de fractures de l'odontoïde par traumatisme; quand le ligament n'est pas rompu, le malade peut survivre, mais presque toujours les accidents consécutifs l'enlèvent au bout de quelques semaines ou de quelques mois; quelques cas rares permettent cependant d'espérer une guérison par pseudarthrose.

B. *Fractures des corps.* — Elles sont de causes directes ou indirectes.

Ce n'est que dans certaines circonstances spéciales que les corps vertébraux peuvent être atteints par une violence extérieure qui les brise sans fracturer en même temps l'arc postérieur ou sans traverser les parties molles du cou et les cavités splanchniques. Pour qu'une balle ou un fragment de projectile puisse fracturer les corps vertébraux, sans atteindre les organes splanchniques, il faut qu'elle pénètre dans la région dorsale, très obliquement par rapport à l'axe vertical; il est donc bien rare qu'elle ne brise en même temps les côtes, et que, par conséquent, elle n'atteigne la plèvre.

Il n'en est pas de même des fractures par cause indirecte, un ébou-

lement ou une chute sur les pieds, sur les fesses, pendant qu'un fardeau très pesant repose sur les épaules, comme encore une chute sur la tête, les pieds ou le bassin, doivent exagérer les courbures normales du rachis et déterminer la rupture du corps vertébral qui représentera le point où se produit la résultante des forces de résistance à l'écrasement et des puissances tendant à la produire. C'est toujours les points où les courbures changent de direction qui sont ceux où se produit cette résultante, aussi est-ce toujours, à moins de conditions spéciales, la dernière cervicale, et la première dorsale, ou la douzième dorsale et la première lombaire qui sont fracturées. Le disque intervertébral étant par sa nature très élastique ne se rompt pas, mais par suite du mouvement de bascule qu'éprouve la vertèbre, le corps de l'os se brise soit transversalement, soit longitudinalement ou en plusieurs éclats qui glissent sur la vertèbre inférieure. Ainsi qu'on l'a remarqué, il faut que dans ces cas les ligaments interépineux aient résisté, car s'ils se rompaient, le corps, au lieu de s'écraser, basculerait en totalité en avant, les apophyses articulaires, les lames se sépareraient, et les apophyses épineuses laisseraient entre elles un espace considérable.

On comprend que lorsque, par suite de la chute, au lieu de tendre à la flexion, les forces agissent dans le sens de l'extension, le même mécanisme interviendra pour produire la fracture, seulement ce sera la partie postérieure du corps vertébral qui sera écrasée au lieu de sa partie antérieure.

Quand les fractures sont simples, transversales, ou que le corps est simplement fissuré verticalement, il peut ne pas y avoir de déplacement; lorsqu'au contraire il y a des éclats ou que la fracture transversale s'accompagne d'écrasement, le corps de la vertèbre supérieure glisse en avant sur celui de la vertèbre inférieure et constitue avec elle un angle obtus ouvert en avant. La moelle se trouve comprimée ou écrasée entre ces deux segments; d'autres fois, alors même que les désordres sont moins considérables, la moelle peut être blessée par un fragment osseux, et toujours les veines intravertébrales, les sinus rachidiens rompus, déterminent un épanchement sanguin dans la cavité rachidienne.

On comprend que dans d'autres cas, alors surtout que la fracture est due à l'exagération de l'extension, les fragments osseux projetés en avant puissent à la rigueur atteindre la plèvre ou le péritoine.

Suivant le degré plus ou moins grand du déplacement, on peut constater une saillie postérieure de l'apophyse épineuse de la vertèbre brisée, une déformation en arc de cercle ou angulaire du rachis; quant à la crépitation, il importe de s'abstenir de la rechercher, de crainte d'augmenter les déplacements; on ne pourrait, du reste, la constater que difficilement en raison de la profondeur où se trouve la fracture et du peu de prise que l'on a sur les fragments.

La douleur est très vive au point fracturé. Les ecchymoses circonférentielles plus ou moins étendues se montrent bientôt. Les accidents dus à la compression médullaire varient avec l'intensité de cette compression; quelquefois elle est légère et les blessés peuvent se tenir debout et marcher en titubant plus ou moins; d'autres fois, quand la compression est due à l'épanchement sanguin qui se fait progressivement et agit de même, ce n'est qu'au bout de quelques moments que la paralysie intervient. La paralysie frappe toujours toutes les parties innervées par les nerfs rachidiens, dont l'émergence a lieu au-dessous du point où la moelle est comprimée ou détruite. C'est ainsi qu'il y a paralysie du diaphragme et mort par asphyxie, lorsque la deuxième cervicale est brisée (phrénique), paralysie des membres et du tronc quand les vertèbres cervicales le sont, etc., etc. (V. Beaunis et Bouchard et les *Traité d'anatomie et de physiologie*).

En raison de la présence du centre génito-spinal dans la région inférieure de la moelle, les organes génitaux présentent des symptômes particuliers: priapisme, éjaculation durant la période irritative, et au contraire inaptitude fonctionnelle plus tard, si la guérison intervient. La parésie vésicale entraîne rapidement l'apparition des urines ammoniacales par suite de l'impossibilité de vider complètement ce réservoir. Les centres vaso-moteurs et trophiques ayant leur conduction interrompue, la calorification et la nutrition sont altérées; exagérée quelquefois au début, la température peut tomber à 30°; la nutrition des tissus se fait progressivement de plus en plus mal et les eschares se développent. D'autre part encore, les névrites ascendantes se produisent, et les paralysies remontent de plus en plus. Dans toutes ces conditions la mort est presque fatale, et cependant on voit quelquefois la guérison survenir, le blessé restant toutefois paralysé de tous les groupes musculaires correspondants à l'innervation située au-dessous du point de la moelle comprimée.

La mort arrive par asphyxie rapide (phrénique), ou lente (muscles thoraciques et intercostaux); par paralysie ascendante due, ainsi que nous venons de le dire, à des névrites ascendantes; par septicémie produite par les eschares ou par urémie ammoniacale.

De tout cet ensemble, il résulte évidemment que la fracture n'est pas toujours facile à reconnaître; si, en effet, l'apparition brusque des accidents ne permet pas de la confondre avec le mal de Pott, il n'est pas aisé de la différencier d'avec une luxation, d'autant plus que sauf à la région cervicale les deux lésions se compliquent presque toujours, et que dans cette région elle-même leur coexistence est fréquente; mais comme les deux lésions produisent toujours les mêmes résultats de compression médullaire, comme leur coexistence est presque la règle, comme d'autre part, au point de vue du traitement, il faudra tenter de réduire s'il se manifeste des accidents médullaires et ne pas intervenir

hors de ce cas, il n'y a nulle utilité à préciser le diagnostic que trop souvent l'autopsie seule peut élucider.

**Traitement.** — Il faudra avant tout, si l'on est en droit de supposer une fracture des vertèbres, s'abstenir de toute tentative destinée à constater l'existence de la crépitation, transporter le blessé dans un lit sans la moindre secousse. S'il n'existe aucun déplacement, aucune gibbosité, si la paraplégie est incomplète, il faudra immobiliser le malade et prévenir ainsi tout déplacement consécutif des fragments.

Quand, au contraire, il y a un déplacement marqué, une gibbosité accentuée, quand la paraplégie est immédiate, il faut tenter la réduction et pour cela agir par extension et contre-extension des régions rachidiennes situées au-dessus et au-dessous du point fracturé.

A la région cervicale, supérieure surtout, il y a toujours danger, en raison d'abord de la forme et de la dimension restreinte des corps vertébraux et de la proximité de l'émergence des nerfs phréniques ou thoraciques. Les tentatives de réduction risquent, en effet, d'augmenter l'intensité des phénomènes paralytiques en déplaçant des fragments qui peuvent consécutivement venir comprimer la moelle ou les nerfs cervicaux.

Au dos ou aux lombes, les accidents immédiats étant moins à craindre, il est possible, après anesthésie, d'appliquer des tractions en sens opposé sur les épaules d'une part et sur les extrémités inférieures d'autre part, pendant que le chirurgien agit directement sur la gibbosité; les tractions sous les aisselles peuvent être faites soit directement par les mains des aides ou au moyen des mouffles. Malgaigne avait proposé l'extension continue, le poids du corps faisant la contre-extension. Ce moyen peut donner des résultats rationnels, mais il ne faudrait pas trop le prolonger, car on courrait le risque de perdre le malade par des ruptures de vaisseaux dues aux modifications générales de la dynamique vasculaire. Si l'on parvient à obtenir la réduction de la fracture par un de ces moyens, il faut l'immobiliser, et bien que l'on cite des succès dus à la suspension de Sayre et à d'autres méthodes, je crois que mieux vaut un bon corset plâtré, bien ouaté avec un coussin bien ajusté au niveau de la gibbosité.

Quand la réduction n'aura pas été possible, quand l'état du blessé fera prévoir une terminaison fatale, sans aucun espoir de guérison ou même d'amélioration, comme l'on peut et même l'on doit tout tenter pour sauver le malade, on fera bien de faire la trépanation pour relever les fragments et décompresser la moelle. Quelques succès ont été obtenus; ils sont rares sans doute, car souvent la moelle n'est pas seulement comprimée, mais encore détruite ou dissociée en partie ou en totalité.

## § 2. — Lésions formatives du rachis.

A. — *Ostéite tuberculeuse des vertèbres (mal de Pott).*

Après ce que nous avons dit en étudiant la carie et la tuberculose des os, après ce que nous avons dit des arthrites fongueuses, le lecteur doit avoir compris déjà que pour nous le mal de Pott est à peu près toujours lié à une microbie tuberculeuse développée dans les vertèbres. En raison de la structure des disques intervertébraux, je suis peu disposé à admettre leur tuberculisation primitive, je crois au contraire que toujours leur altération par l'élément bacillaire n'est que consécutive, qu'il se développe d'abord dans les couches osseuses les plus voisines, couches qui pendant la période d'accroissement jouent le rôle des épiphyses dans les os longs, je ne pense donc pas que le mal de Pott puisse avoir sa cause primordiale dans une véritable arthrite vertébrale.

Peut-il exister une ostéo-myélite vertébrale aiguë, comme le veut Lannelongue ou une périostite vertébrale phlegmoneuse comme le pense Verneuil? Ces affections donneraient, d'après eux, naissance à un mal de Pott aigu, à évolution suppurative rapide. Sans être absolu dans ma manière de voir, qui n'est pas suffisamment étayée par des observations tout à fait probantes, je me crois cependant autorisé à admettre que ce sont toujours des cas d'infiltration tuberculeuse à évolution rapide, à prolifération microbienne suraiguë sous la dépendance d'un état général devenu éminemment favorable à l'évolution bacillaire.

La tuberculose vertébrale peut atteindre les malades à tout âge, mais c'est surtout dans l'enfance qu'elle se développe; ajoutons toutefois qu'elle est très fréquente chez les soldats qui, par leur vie commune et par le manque de précautions antiseptiques dans les casernes ou les hôpitaux, y sont très exposés; il en est au reste de même des ouvriers qui travaillent dans les grands ateliers industriels. Presque toujours on invoque un traumatisme, une chute, comme cause accidentelle de la gibbosité qu'elle détermine.

Le traumatisme agit, ainsi que nous l'avons dit, en déterminant un point de moindre résistance et de suractivité nutritive favorable à l'évolution bacillaire, alors surtout que par suite de toutes les causes débilitantes générales, le terrain évolutif n'offre aucune résistance au développement microbien.

En décrivant la tuberculose osseuse en général, nous avons longuement insisté sur ses variétés; nous avons décrit les tubercules enkystés et infiltrés, nous avons indiqué les différences que présente l'affection suivant qu'elle est aiguë ou chronique. Toute l'évolution nous est donc

connue, les pertuis qui se forment dans la vertèbre autour du foyer tuberculeux, pertuis qui donnent issue au pus formé dans ces foyers, les stalactites osseuses, sortes de colonnes de soutènement de nouvelle formation, ont été décrites, nous renvoyons le lecteur à ce chapitre. Déjà nous avons dit que le pus incessamment produit dans les foyers tend par son propre poids, aidé par la station verticale et par les contractions musculaires, à migrer au loin; il suit alors les voies où la résistance des tissus lui présente le moins d'obstacles; c'est donc toujours dans les couches connectives lâches qu'il s'infiltré. Les nerfs rachidiens correspondants à la vertèbre ou aux vertèbres altérées, ainsi que les vaisseaux, cheminant toujours dans les lames connectives lâches qui séparent les organes ou les éléments anatomiques, servent de conducteurs au pus. Lorsque des faisceaux musculaires prennent leurs insertions sur la vertèbre atteinte, le pus peut encore cheminer dans le tissu connectif qui sépare les faisceaux de ces muscles, et la résistance des aponévroses qui entourent les muscles étant très grande, le pus suivra toute la longueur des faisceaux musculaires et en atteindra l'insertion opposée, inférieure, où il s'accumulera en une poche d'autant plus volumineuse que la quantité du liquide sera plus considérable. Il existera donc alors une poche purulente, un abcès par congestion, un abcès migrateur distant du point d'où vient la suppuration et relié à celui-ci par un canal rétréci en forme de goulot plus ou moins allongé.

Il est très important de ne pas oublier que les parois de ce canal et celles de la poche formées par la condensation du tissu connectif n'étant pas inertes, sont envahies à leur tour par les bacilles tuberculeux. Ce n'est donc pas dès le début que l'abcès par congestion atteint son volume et s'étend ainsi au loin: dans les premiers temps la poche assez petite encore, piriforme, adhérente à chaque pertuis de la vertèbre, est constituée par une paroi épaisse à laquelle participent les fibres du grand surtout ligamenteux antérieur. Le développement de l'abcès et sa migration sont en rapport avec la quantité de pus fournie non seulement par le foyer osseux, mais encore par la tuberculisation progressive des tissus connectifs au milieu desquels il chemine. L'infiltration tuberculeuse des os, de même que celle des parois de l'abcès, peut se communiquer aux vaisseaux voisins, ce qui explique les cas où l'altération de la vertébrale et même de l'aorte a été signalée.

Très souvent la poche de l'abcès par congestion présente des bosselles en rapport avec les points où la résistance du tissu connectif qui la constitue a été plus ou moins grande. Au bout d'un temps fort long d'ordinaire, les aponévroses au-dessous desquelles se trouve la collection purulente participent elles-mêmes à l'infiltration tuberculeuse; le tissu connectif sous-cutané et la peau contractent des adhérences avec elles, sont envahis simultanément, et la rupture spontanée de la poche se produit. Le pus qui en sort est celui de toutes les suppurations

osseuses ; il contient des débris osseux granuleux ainsi qu'une quantité considérable de bacilles.

Toutes les parties des vertèbres peuvent être atteintes, mais la lésion porte le plus souvent sur leur corps ou sur leur partie latérale au niveau du point où les apophyses transverses et articulaires s'y soudent. Les points où se produisent les abcès par congestion, ou plutôt les points où ils se manifestent varient donc suivant les parties de la vertèbre et suivant la région du rachis affectées. Le moment de leur apparition varie également avec la longueur de leur trajet et la résistance des parties.

C'est ainsi que ceux qui se développent sur l'axe postérieur des vertèbres gagnent la région dorsale ou lombaire et font bientôt saillie sous les téguments ; ceux qui naissent sur la partie médiane des vertèbres cervicales, recouverts par le grand ligament antérieur, font saillie dans le pharynx ; lorsqu'au contraire c'est sur les parties latérales des corps vertébraux de la même région que se trouve l'origine de ces abcès, ils peuvent suivre ou bien les insertions des scalènes et apparaître au niveau du creux sous-clavier, ou encore les nerfs du plexus, qui conduisent alors le pus jusque dans l'aisselle.

Quand les abcès par congestion dépendent d'une altération du corps des vertèbres dorsales, le pus fuse le long de cette région, passe à travers les ouvertures que le diaphragme présente pour le passage des vaisseaux et des nerfs, et vient faire saillie au-dessus de l'arcade de Fallope.

Pour les vertèbres lombaires comme aussi pour les dernières dorsales, les insertions du psoas déterminent en général le trajet que suit le pus ; il fuse dans la gaine de ces muscles et vient constituer une poche située d'abord au-dessus, puis au-dessous de l'arcade crurale, poche qui peut communiquer avec l'articulation coxo-fémorale par la bourse du psoas.

Quand le point d'origine est situé plus bas encore sur le rachis, au-dessous des insertions lombaires du psoas, le pus fuse le long des vertèbres et suit les nerfs du plexus sacré ; il sort alors ou bien avec les nerfs fessiers par la partie supérieure de la grande échancrure sciatique, et fait saillie à la fesse, ou par la partie inférieure de cette échancrure en suivant le grand nerf sciatique ; dans ce cas il peut accompagner ce nerf dans son trajet à travers la cuisse, et se manifester jusque dans le creux poplité. Dans certains cas dont les conditions de production sont encore insuffisamment étudiées, on peut voir le pus se collecter autour des reins ou encore se faire jour par les bronches, le rectum, dans la vessie, etc.

Très longtemps indolents et ne donnant lieu qu'à une douleur assez obtuse à la pression, les abcès par congestion peuvent s'ouvrir spontanément ; les accidents de la septicémie apparaissent alors avec leur

cortège de fièvre hectique, de suppuration fétide, de production gazeuse, de diarrhée, de marasme, que nous avons décrits en nous occupant de l'infection septique. La mort en est la conséquence à peu près ordinaire.

D'autres fois, au contraire, quand le terrain évolutif de la microbie tuberculeuse s'est modifié de telle sorte que le bacille y trouve un obstacle à sa prolifération, les éléments liquides du pus peuvent se résorber, tandis que ses éléments solides passent à la stéatose et à la calcification. L'on voit alors la poche de l'abcès diminuer de volume, et peu à peu sur toute sa longueur, jusqu'à la vertèbre malade et jusqu'aux foyers de celle-ci, il n'existe plus qu'un cordon induré contenant dans son intérieur des produits caséux, des masses tuberculeuses stéatosées.

Entre ces deux degrés extrêmes de terminaison de l'abcès, il en est un troisième intermédiaire. L'abcès s'est ouvert à l'extérieur, mais le terrain d'évolution microbienne s'est amendé, ou n'a pas été dès le début assez favorable pour permettre une infection complète ; les phénomènes de septicémie n'ont pu s'établir, mais le foyer local de la tuberculose vertébrale ou connective n'a pas disparu, le pus se produit toujours, sans qu'il ne puisse plus infecter les tissus voisins. Dans ce cas, il persiste une fistule qui peut durer très longtemps, tout en diminuant de quantité et en prenant l'aspect de plus en plus séreux. Il ne faut pas perdre de vue que même dans ces cas relativement favorables un retour d'infection est toujours possible par viciation des conditions de la nutrition générale.

Est-ce à dire que dans toutes les maladies de Pott, l'abcès par congestion se produit fatalement ? C'est précisément parce que l'on a trouvé bon nombre de malades présentant tous les symptômes de l'affection, sans que jamais chez eux on ait pu constater un abcès migrateur, que l'on a admis des maux de Pott non liés à la tuberculose osseuse. Si le lecteur veut se reporter à ce que nous avons dit (t. I<sup>er</sup>, p. 527), sur la tuberculose osseuse en général, il verra que des tubercules enkystés, stéatosés au fur et à mesure de leur évolution peuvent exister sans fonte purulente ; dans tous ces cas l'abcès par congestion doit donc faire défaut, mais la lésion primordiale n'en est pas moins due à une évolution bacillaire tuberculeuse.

Les articulations participent plus ou moins aux affections tuberculeuses développées dans leur voisinage, c'est ainsi que les apophyses articulaires et leurs diarthroses sont souvent atteintes ainsi qu'au dos les articulations costales. Les disques intervertébraux eux-mêmes, ne pouvant plus se nourrir aux dépens des pièces osseuses correspondantes, se ramollissent et finissent par disparaître. Très souvent, entre deux vertèbres voisines, des colonnes de soutènement viennent plus ou moins remplacer ces disques détruits.

Cette destruction des fibro-cartilages intervertébraux, jointe à la

diminution de résistance des corps vertébraux envahis par l'infiltration tuberculeuse, entraînent un écrasement de la partie atteinte. En effet les contractions musculaires, le poids de la partie supérieure du corps agissent sur les vertèbres altérées, les inclinent dans le sens de la courbure du rachis, et amènent lentement et progressivement la vertèbre supérieure à culbuter sur l'inférieure; les colonnes de soutènement qui ont pu se former se brisent ou n'opposent qu'une résistance insuffisante à ce déplacement, d'autant plus qu'elles peuvent elles-mêmes être envahies par la tuberculose. On conçoit que ce déplacement, au lieu de se faire lentement et progressivement, peut, sous l'influence d'un mouvement brusque ou d'un traumatisme, se produire instantanément.

C'est toujours à ce déplacement, à cette disparition des disques et à l'écrasement de la vertèbre ramollie qu'est due la gibbosité; elle est médiane ou latérale, et l'angle que forme alors le rachis est plus ou moins ouvert, suivant que c'est la partie médiane ou latérale du corps vertébral qui sera plus ramollie et qui se sera plus ou moins écrasée. La plus ou moins grande résistance des colonnes de soutènement néoformées influe aussi sur le sens et le degré d'inflexion de la colonne vertébrale. On comprend que le même fait peut se produire sans que les tubercules des os donnent lieu à des abcès par congestion, alors que le corps vertébral est plus ou moins rempli par les masses caséuses, stéatosées, des tubercules enkystés; la résistance du tissu osseux fait dans ce cas tout aussi bien défaut que dans le cas de suppuration, et le corps vertébral finit par s'affaisser et culbuter sur la vertèbre inférieure. C'est à la région dorsale que la gibbosité se montre la plus fréquente, bien qu'on la trouve aussi quoique beaucoup plus rarement aux lombes; la concavité de la colonne dorsale facilite en effet le déplacement des vertèbres dont les disques intervertébraux par l'obliquité de leurs plans supérieur et inférieur offrent une surface de glissement toute tracée.

Pour rétablir l'équilibre du corps surviennent alors des efforts instinctifs de redressement et les parties saines de la colonne se courbent en sens inverse, *courbures de compensation*. D'un autre côté, les articulations costales ayant participé à l'altération ainsi que souvent la tête de la côte elle-même, il en advient une gêne dans les mouvements du thorax, qui s'aplatit, et cette déformation fait saillir le sternum en avant.

Toutes les lésions tuberculeuses des os, qu'elles entraînent ou non la suppuration et la gibbosité, réagissent nécessairement plus ou moins sur la moelle et les méninges rachidiennes. La tuberculose peut envahir les méninges et surtout la dure-mère rachidienne, qui alors s'épaissit, devient pachyméningitique ou présente sur sa face interne de véritables masses caséuses; d'autres fois un tubercule développé sur la face postérieure du corps vertébral détermine sous le ligament vertébral

postérieur, une poche purulente qui fait saillie dans le canal rachidien et, en comprimant la moelle, finit par y déterminer les lésions que nous allons étudier.

La moelle peut être comprimée, incurvée au niveau du point où la vertèbre en s'effondrant a basculé en avant, comme encore elle peut être lésée par une esquille. Plus souvent, au début, surtout avant que la vertèbre ne soit détruite, les racines nerveuses sont comprimées au niveau des trous de conjugaison.

La moelle devient alors le siège d'altérations scléreuses qui entraînent l'atrophie des éléments nerveux étranglés par l'épaississement de la névroglie; cette sclérose ascendante dans les cordons postérieurs est au contraire descendante dans les cordons antéro-latéraux. C'est toujours du côté où la lésion vertébrale est le plus accusée que la sclérose fait le plus de progrès dans le cordon médullaire correspondant.

Quand les nerfs sont comprimés au niveau des trous de conjugaison, la névrite s'en empare et peut remonter jusque dans la moelle, qui elle-même est atteinte consécutivement.

Lorsque la maladie est au début, dans ce qu'on a appelé sa période initiale, alors que le tubercule évolue sourdement et profondément, la compression des nerfs détermine des *douleurs en ceinture* qui suivent exactement le trajet des nerfs intercostaux ou lombaires. Tous les mouvements, la pression, au niveau du point malade, etc., exaspèrent la douleur; il en est de même de l'application d'un corps chaud à ce niveau.

Le malade, ayant la conscience instinctive de la douleur que provoquent les mouvements, contracte spasmodiquement les muscles correspondants, ce qui détermine une *raideur* totale de la région malade, raideur que l'on peut constater par la palpation des apophyses épineuses. Il en résulte une attitude et une démarche qui souvent permettent de reconnaître la maladie pendant cette première période si obscure.

La moelle et les racines nerveuses comprimées ou altérées déterminent des phénomènes en rapport avec la nature des fonctions régulières de leurs filets conducteurs. La sensibilité, la motricité et la trophicité sont donc atteintes, exaltées ou diminuées et abolies suivant que les phénomènes de l'ostéite ont provoqué l'irritation ou la destruction des filets nerveux correspondants à ces fonctions.

Quand l'affection un peu plus avancée a déterminé des altérations des racines sensibles ou de la moelle, les douleurs en ceinture font place à des sensations extrêmement douloureuses de brûlures reportées à l'extrémité des filets nerveux, le long des côtes ou à l'épigastre; ce sont les *pseudo-névralgies* qui souvent peuvent induire en erreur. Plus tard encore, suivant que les racines nerveuses sont irritées ou détruites, apparaissent des hyperesthésies unilatérales d'ordinaire, mais qui deviennent bilatérales et associées quand l'altération remonte