

Mon ami et ancien collègue de Strasbourg, Bœckel, a pu poursuivre ainsi le curage jusqu'au corps d'une vertèbre lombaire qu'il a évidée elle-même et débarrassée de tous les produits tuberculeux, au grand bénéfice de son malade. Est-il nécessaire de dire que toute la méthode antiseptique devra pendant ces opérations être rigoureusement appliquée ainsi que pendant toute la durée des pansements ?

4° Pour le traitement des accidents nerveux, nous renvoyons à l'étude des affections de la moelle ; disons seulement ici que lorsqu'il ne s'agit pas de compressions récentes, qu'il n'y a pas une dégénération complète par névrite ascendante ou descendante, ou par sclérose médullaire d'une grande étendue des fibres nerveuses, la guérison est possible ; dans les cas contraires, les paralysies persistent et sont rebelles à tout traitement.

5° Jusqu'ici nous ne nous sommes occupé que des accidents consécutifs à l'ostéite tuberculeuse vertébrale, mais tous ces traitements n'obvient qu'à des phénomènes locaux et n'empêchent en rien l'évolution des bacilles tuberculeux. Déjà en traitant de la tuberculose osseuse, nous avons longuement insisté sur le traitement général ; nous n'aurons donc plus que quelques mots à ajouter ici. Tous les moyens reconstituants, alimentation, habitations saines, toniques analeptiques ou médicamenteux sont de règle. A tout cela joignez autant que possible les eaux de Salies de Béarn, de Salins, les bains à domicile d'eaux mères de ces sources naturelles, et surtout et avant tout le séjour à la mer, de préférence sur les plages océaniques méridionales, où la température et la pureté du ciel permettent le séjour permanent du malade à l'air libre sans cesse renouvelé par les marées. J'ai par devant moi quelques exemples remarquables de l'effet presque immédiat de cette influence de l'air marin.

B. — Périostites, ostéites syphilitiques du rachis.

Il n'est nullement impossible que les bacilles de Lustgarten, bacilles de la syphilis, évoluent dans les vertèbres, et y déterminent des périostites, des ostéites et des exostoses au même titre que les bacilles de Koch y produisent des lésions tuberculeuses, et cependant jusqu'à présent la nature de ces affections n'a été reconnue par les syphiliographes qu'en raison de l'existence concomitante d'autres lésions syphilitiques et de l'efficacité du traitement. Mais d'abord rien ne démontre que la tuberculose ne puisse pas coexister avec la syphilis, et d'autre part rien ne démontre jusqu'ici que le traitement capable de détruire ou d'atténuer la prolifération des bacilles de la syphilis ne puisse pas agir sur d'autres éléments microbiens. Jusqu'au moment où dans les produits pathologiques de ces affections on aura pu démontrer l'exis-

tence des éléments bacillaires découverts par Lustgarten et contrôlés par Cornil, le doute sera permis.

Quoi qu'il en soit, nous ne saurions cependant ne pas admettre l'extension possible au rachis des gommes syphilitiques développées dans le pharynx, le rectum par exemple, et leur propagation aux vertèbres et à la moelle.

Toujours les accidents sont les mêmes que dans l'ostéite tuberculeuse : douleurs rachidiennes, nocturnes surtout, puis paralysies variables suivant le siège de la maladie.

Le traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium est indiqué et réussit souvent.

C. — Exostoses du rachis.

On a considéré la plupart des exostoses du rachis comme étant d'origine syphilitique, et cependant il semble qu'il en est que l'on ne saurait rattacher à cette cause. Quelle que soit leur nature, toujours ces tumeurs compriment la moelle ou les racines nerveuses et déterminent ainsi des accidents paralytiques variables suivant les régions comprimées et suivant le volume de l'exostose.

D. — Tumeurs malignes du rachis.

Les *enchondromes* du rachis sont très rares ; ils peuvent atteindre un volume assez considérable pour comprimer la moelle et la détruire.

On connaît quelques cas de *carcinomes* et de *sarcomes* développés directement et primitivement dans les vertèbres ; d'autres fois ce sont des tumeurs développées sur les méninges qui s'étendent aux os ; bien plus souvent, ce sont des tumeurs malignes du voisinage qui en s'étendant pénètrent par les trous de conjugaison, envahissent les vertèbres et le canal rachidien ; ce peuvent être encore des noyaux cancéreux développés dans d'autres organes, les mamelles surtout, dont les éléments, transportés par les voies circulatoires, viennent évoluer dans les régions rachidiennes ou médullaires.

Toujours ces tumeurs, en comprimant et en altérant les filets nerveux, provoquent des douleurs en ceinture constantes, mais plus vives la nuit ; les mouvements les exaspèrent. La lésion des filets moteurs provoque des paraplégies auxquelles se joignent les douleurs lancinantes irradiées dans les membres paralysés ; ce phénomène assez obscur encore a pris le nom de *paralysie douloureuse des cancéreux* (Charcot). Les altérations trophiques sont celles que nous avons décrites dans le mal de Pott : herpès, zona, pemphigus, plaques gangréneuses, eschares, etc.

Quand le néoplasme, qu'il soit développé sur place ou qu'il ait envahi les vertèbres par extension de voisinage, a détruit les trabécules

osseuses de la vertèbre, la résistance de celle-ci à la pression est diminuée ou annulée; le corps vertébral s'affaisse alors, comme nous l'avons vu dans la tuberculose, et la gibbosité s'ensuit avec toutes ses conséquences de déformation, de compression de la moelle, etc. Suivant la nature de la néoplasie, cette destruction du tissu osseux est plus ou moins rapide et la gibbosité apparaît plus ou moins tôt.

Il n'est pas toujours facile de savoir à quelle nature d'altération osseuse il faut attribuer tous ces symptômes. Est-ce à une tuberculose, ou à un cancer que le chirurgien a affaire? L'existence d'autres tumeurs situées dans le voisinage du rachis permet, en face des accidents nerveux, de conclure à l'extension du néoplasme; mais quand la tumeur maligne s'est développée sur place, l'erreur est facile et, sauf la nature des douleurs, on peut confondre le cancer avec la tuberculose vertébrale.

Les symptômes généraux de l'infection cancéreuse sont également plus ou moins précoces suivant la nature de la tumeur; la teinte jaune paille caractéristique apparaît, les foyers cancéreux, en multipliant les thromboses, veineuse, interviennent à leur tour, et le malade finit par succomber dans un temps qui varie entre quelques mois et deux ou trois ans.

Le traitement est nul, le malade paraît fatalement condamné; tout au plus pourra-t-on calmer les douleurs par tous les calmants et anesthésiques que fournit la thérapeutique; et cependant ne pourrait-on tenter l'extirpation et le raclage des foyers comme l'a fait Bœckel pour la tuberculose? Le malade étant considéré comme perdu, on pourrait en tout cas espérer de prolonger son existence.

A. — TUMEURS DÉTRUISANT LES VERTÈBRES PAR LA COMPRESSION QU'ELLES EXERCENT SUR LE TISSU OSSEUX.

Les *kystes hydatiques* développés dans les os eux-mêmes ou dans la cavité rachidienne sont beaucoup plus rares que ceux qui se développent au voisinage de la colonne vertébrale et qui y pénètrent par les trous de conjugaison en détruisant par compression les racines nerveuses, les os, les méninges et la moelle. Les symptômes nerveux sont toujours les mêmes, les éléments quelle que soit la cause de leur altération réagissent toujours de la même manière, par des contractures quand la lésion est bornée à une irritation, par des paralysies sensibles, motrices ou trophiques, quand les filets nerveux absolument détruits ne permettent plus la conduction. Les vertèbres ramollies s'affaissent l'une sur l'autre, une gibbosité se produit par le mécanisme ordinaire. Quelquefois la tumeur fait saillie au dos, et l'on peut y constater la fluctuation; une ponction exploratrice peut en ce cas fixer sur la nature de la maladie. Malheureusement on ne saurait guère espérer, dans ces vastes poches munies

de prolongements multiples, arriver à enlever par le curage tous les échinocoques, et en laisser un seul, c'est être certain d'une récurrence.

Les *anévrismes de l'aorte* peuvent eux aussi détruire par compression les parties des vertèbres dorsales avec lesquelles ils sont en rapport. Dans ce cas, comme dans celui de kystes hydatiques, c'est en réalité par le phénomène de la corrosion lacunaire que se fait la régression du tissu osseux. Les vertèbres dans leur partie en rapport avec l'anévrisme ressemblent alors à des colonnes cannelées, ou à des roches érodées par les pholades; les disques intervertébraux restent à peu près sains et font saillie entre les corps vertébraux raréfiés qui leur correspondent. Nous n'avons pas à faire ici l'histoire des anévrismes de l'aorte, disons seulement que ces vertèbres érodées peuvent, sous l'influence d'un choc, d'une chute, se briser, s'affaisser et déterminer une gibbosité qui à son tour entraînera les accidents dus à la compression des racines nerveuses ou de la moelle par les vertèbres effondrées.

ARTICLE II. — LÉSIONS CHIRURGICALES DES MÉNINGES ET DE LA MOELLE.

Considérations générales.

Je ne saurais rappeler ici tout ce qui a trait à l'anatomie et à la physiologie de la moelle, et cependant, pour se rendre compte des accidents qu'entraînent les lésions médullaires, il importe de se reporter à toutes ces notions préalables. Il me faut donc me borner à résumer les données essentielles de ce problème difficile, tout en faisant remarquer que si depuis quelque temps il s'est fort éclairé, il n'en est pas moins un certain nombre de côtés qui restent, aujourd'hui encore, fort obscurs.

La moelle est divisée en deux moitiés similaires par les sillons antérieur et postérieur. Ces deux moitiés sont unies entre elles par une commissure antérieure blanche et par le centre gris.

La substance grise de la moelle, avec ses cornes antérieures et ses cornes postérieures, contient dans chacune d'entre elles une série de noyaux cellulaires empilés les uns au-dessus des autres, incomplètement isolés et reliés entre eux par des fibres nerveuses grises. Ces colonnes cellulaires, mieux isolées dans les cornes antérieures, s'étendent dans toute la longueur de la moelle et se continuent directement en haut avec les amas cellulaires du bulbe et avec ceux qui constituent la lame grise de la face inférieure du cerveau. Les noyaux cellulaires des cornes antérieures sont reliés à leurs congénères du côté opposé par des fibres sans myéline qui appartiennent au centre gris médullaire et par des fibres blanches à myéline comprises dans la commissure blanche antérieure. Les noyaux des cornes postérieures sont reliés à ceux du côté opposé par les fibres grises de la commissure postérieure. Tous ces différents amas cellulaires sont de plus unis entre eux dans toute la hauteur de la moelle et du bulbe.

D'autre part encore, des fibres très difficiles à démontrer anatomiquement, mais