



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE QUIGNARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hospice départemental de la Seine

Né le 22 Mars 1891, à Thoisy-le-Desert (Côte-d'Or)

N.
168

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Spondylite syphilitique

Président : A. BROCA, Professeur

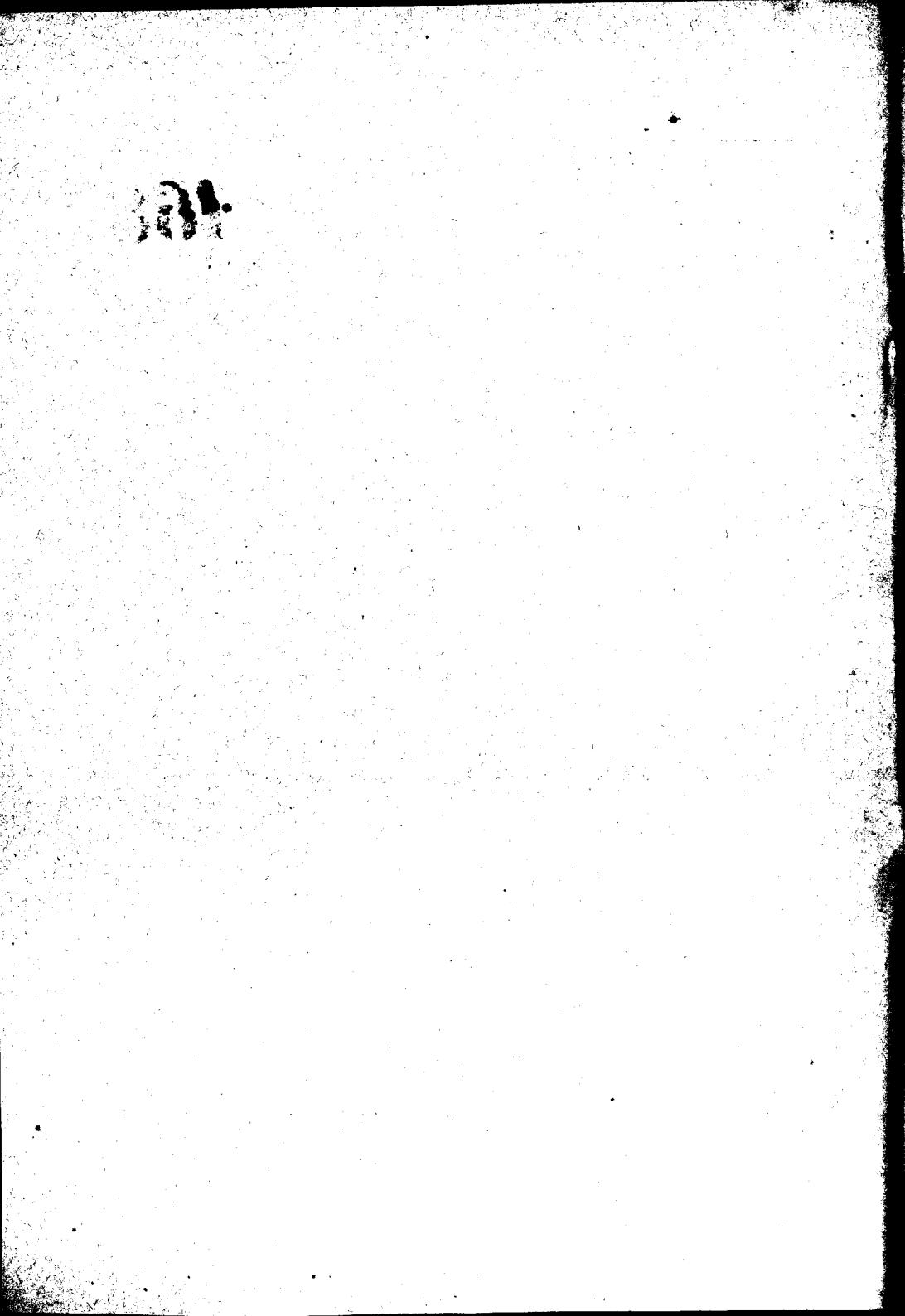


PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924



188

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1. Qui.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE QUIGNARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hospice départemental de la Seine

Né le 22 Mars 1891, à Thoisy-le-Désert (Côte-d'Or)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Spondylite syphilitique

Président : A. BROCA, Professeur



PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.
Anatomie médico-chirurgicale.	NICOLAS.
Physiologie.	CUNÉO.
Physique médicale.	Ch. RICHET.
Chimie organique et chimie générale.	André BROCA.
Bactériologie.	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BESANÇON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BRUMPT.
Pathologie médicale.	Marcel LABBÉ.
Pathologie chirurgicale.	SICARD.
Anatomie pathologique.	LECÈNE.
Histologie.	LETULLE.
Pharmacologie et matière médicale.	PRENANT.
Thérapeutique.	RICHAUD.
Hygiène.	CARNOT.
Médecine légale.	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.	MÉNÉTRIER.
Clinique médicale.	ROGER.
Hygiène et clinique de la première enfance.	GILBERT.
Clinique des maladies des enfants.	CHAUFFARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	ACHARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	WIDAL.
Clinique des maladies du système nerveux.	MARFAN.
Clinique des maladies infectieuses.	NOBÉCOURT.
Clinique chirurgicale.	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique.	JEANSELME.
Clinique urologique.	GUILLAIN.
Clinique d'accouchements.	TEISSIER.
Clinique gynécologique.	DELBET.
Clinique chirurgicale infastile et orthopédie.	HARTMANN.
Clinique thérapeutique médicale.	LEJARS.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	GOSSET.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	De LAPERSONNE.
Clinique propédeutique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	BROCA Auguste.
	VAQUEZ.
	SEBILLEAU.
	DUVAL.
	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN Pathologie médicale
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE. Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène
 I. de JONG Anatome pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER Pathologie médicale
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . Urologie.
 HOVELACQUE . . Anatome.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LÉVY SOLAL . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgicale.
 METZGER Obstétrique.
 MOCQUOT Pathologie chirurgicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 RIBIERRE Pathologie médicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 ROUVIÈRE Anatome.
 STROHL Physique médicale.
 TANON Pathologie médicale.
 TIFFENEAU Pharmacologie et matière médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET Pathologie médicale.
 WELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS Physiologie.
 GOUGEROT Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTERER Histologie.
 ROUSSY Anatome pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.
AUVRAY. Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . . Clinique médicale.
LEREBOUTET. Clinique médicale infantile.
LÉRI. Clinique médicale.
LŒPER. Clinique médicale.

MM
OMBRÉDANNE. . . Clinique chirurgicale infantile.
PROUST. Clinique chirurgicale.
RATHERY. Clinique médicale.
SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.
TERRIEN. Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.
FREY.
N.
LEDOUX-LEBARD.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
Stomatologie.
Éducation physique.
Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PREMIER MAITRE
LE DOCTEUR J. BAUMANN
MÉDECIN CONSULTANT A CHATEL-GUYON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR A. SCHWARTZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

M. LE DOCTEUR BECLÈRE

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

M. LE DOCTEUR PAISSEAU

MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

M. LE DOCTEUR GUIBERT

RADIOLOGISTE DE L'HOPITAL NECKER

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

M. LE DOCTEUR JOSUÉ

In memoriam

A MES MAITRES

DE L'HOSPICE DÉPARTEMENTAL DE NANTERRE

M. LE DOCTEUR HENRI FRANÇAIS

MÉDECIN DE L'HOSPICE DÉPARTEMENTAL

M. LE DOCTEUR RAYMOND FRANÇAIS

CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DÉPARTEMENTAL

*Qui a bien voulu nous aider de ses
conseils et nous diriger dans ce
travail.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

Historique

Les dernières statistiques datant de 1914 montrent que la spondylite syphilitique est une affection relativement fréquente.

Certes la syphilis ne se rencontre pas aussi souvent dans les lésions infectieuses des corps vertébraux que dans celles d'autres parties du squelette tels que les os du crâne, la clavicule ou le tibia, cependant Ramsay-Hunt, en août 1914, estime à environ une centaine de cas le nombre des spondylites syphilitiques certaines rapportés depuis trente quatre ans.

L'histoire de cette affection, en effet, n'est pas ancienne et c'est en 1879 qu'elle est pour la première fois individualisée et bien décrite par Verneuil.

Deux ans plus tard, Fournier rapporte une observation confirmée par l'autopsie et l'examen histologique. Il inspire la thèse de son élève Levot, en 1881, date à laquelle celui-ci croyait pouvoir déjà rassembler vingt cas de syphilis du rachis, dont sept intéressaient la région cervicale et treize les autres parties de la colonne vertébrale.

En 1893, Darier présente à la société d'anatomie de Paris un cas de carie syphilitique des vertèbres

cervicales avec pachyméningite de même origine.

Fournier et Lœper, en 1899, signalent à la Société de Neurologie une nouvelle observation de pseudo mal de Pott syphilitique de la région cervicale.

Puis c'est la thèse de Feltgen (Nancy 1903) qui estime à vingt-quatre le nombre des cas de spondylite syphilitique déjà connus. Il signale que seize d'entre eux sont relatifs à des lésions de la colonne cervicale. L'année suivante, Froelich rapporte deux nouvelles observations de la *Presse Médicale*.

En 1910, dans les *Mitteilungen aus den grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, Petren établit une statistique très détaillée. Il ne retient que quarante-deux cas, dont trente-trois sont certains, si on admet comme valable l'épreuve du traitement. Il montre de plus, que vingt-six de ces cas intéressent également l'une ou l'autre ou plusieurs des quatre premières vertèbres cervicales.

Il conclut à une vulnérabilité spéciale de cette portion du rachis vis-à-vis de l'agent spécifique de la syphilis, et il ne croit pas que l'atlas et l'axis soient plus souvent touchées que les deux vertèbres suivantes.

Au mois de juin 1912, Auvray présente, dans une leçon clinique, un malade atteint de mal de Pott syphilitique qui s'étend aux deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales.

Puis, c'est la thèse de Gaspais (Paris 1912-1913) qui relate l'observation d'un nouveau cas de spondylite syphilitique intéressant l'atlas et l'axis.

En 1914, Gaucher et Bory rapportent deux nouvelles observations dans lesquelles les lésions intéressaient la région sous-occipitale et où le traitement avait confirmé le diagnostic.

Le traité classique de chirurgie de Duplay ne mentionne pas la syphilis des corps vertébraux. Kirmisson, dans son Traité des maladies de l'appareil locomoteur, ne la mentionne pas davantage.

Le professeur Broca, dans son Traité de chirurgie infantile (Steinheil, Paris, 1914), mentionne les principaux caractères de l'affection.

Mouchet en donne également une description d'ensemble dans le Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet (2^e édition).

C'est en août 1914, que Ramsay Hunt, rassemble trois statistiques, celle de Petren (déjà signalée) datant de 1910 ; celle de Neumann, en 1904, et celle de Ziesche, en 1911.

Neumann rapportait cinquante-cinq observations dont trente-six relatives à des atteintes de la région cervicale ; neuf à la région dorsale ; huit à la région lombaire ; deux à la région sacrée ; vingt-huit concernaient plus spécialement l'atlas et l'axis.

Ziesche relate quatre-vingt-huit observations dont soixante-et-une pour la seule région cervicale ; douze pour la région dorsale ; cinq pour la région lombaire et deux pour la région sacrée. L'une d'elles concernait la région cervico-dorsale et trois autres la région dorso-lombaire. Il précise que dans vingt-cinq cas, les lésions portaient sur l'atlas, que dans



dix-sept autres cas, elles intéressaient l'axis et enfin que les troisième et quatrième vertèbres cervicales étaient touchées respectivement onze fois et trois fois.

Des trois observations que nous allons rapporter, la première a été recueillie dans le service de chirurgie du docteur Français, à l'hospice de Nanterre, où nous étions interne. Les deux autres nous ont été obligamment données par le docteur André Trèves, chirurgien orthopédiste de l'hôpital Rothschild et sont relatives, l'une à des lésions des trois premières vertèbres cervicales et l'autre à des lésions de la troisième vertèbre dorsale.

Observations

OBSERVATION I

Es... Ernestine, ménagère, entre dans le service de chirurgie du docteur Français, à l'hospice de Nanterre, le 14 février 1923, à l'âge de 30 ans, accompagnée de son quatrième enfant, une fillette de quatre mois.

Dans ses antécédents personnels, on ne trouve que la rougeole à huit ans. Son père, âgé de soixante-huit ans, est actuellement en bonne santé. Sa mère est morte à quarante-quatre ans d'une affection pulmonaire mal déterminée. Elle est la troisième de quatre frères ou sœurs tous en bonne santé et dont les enfants ne présentent rien d'anormal.

Son mari, qui est le père des quatre enfants, est, lui aussi, en bonne santé, mais il ne nous a pas été possible de le voir, ni de pratiquer chez lui un examen du sang.

Mariée à vingt ans, notre malade accouchait pour la première fois le 9 mars 1915, d'un enfant prématuré venant à sept mois et demi et qui ne vécut que quelques heures.

La deuxième grossesse se termine en 1917 par la naissance à terme d'un garçon pesant 3 kg. 500 et actuellement encore en bonne santé.

La troisième grossesse est suivie en 1919 de la naissance à terme d'une fille pesant 3 kg. 200, actuellement vivante, mais toussant souvent, surtout l'hiver.

Enfin la quatrième grossesse se termine en novembre 1922 par la naissance à terme d'une fille pesant 3 kg. 500. Nous l'avons vue, dans notre service, avoir ses premières dents à six mois et marcher à onze mois ; elle ne présente aucun stigmate de syphilis.

Ces trois enfants furent tous élevés au sein maternel.

L'affection pour laquelle notre malade est à l'hôpital a débuté en août 1919, cinq semaines après le troisième accouchement.

Elle éprouve une certaine raideur du cou qui la gène dans les mouvements de la tête ; puis ce sont des douleurs, des lancements qui partent de la région sous-occipitale et irradient le long du rachis dans la région interscapulaire, douleurs semblant s'aviver la nuit, même quand la malade est au repos.

A ce moment, elle consulte à l'hôpital de la Charité, où on se borne à lui prescrire du glycérophosphate de chaux. Elle continue d'ailleurs de vaquer à son ménage ; mais elle est obligée de s'aliter souvent deux ou trois jours. De plus en plus, les douleurs s'avivent, la raideur du cou augmente et elle s'aperçoit que sa tête s'incline à droite.

Devenue enceinte une quatrième fois, au printemps 1922, elle se rend à l'hôpital Saint-Louis où on l'admet dans un service de chirurgie. Là, on diagnostique un mal de Pott et on lui applique une minerve plâtrée qu'elle conserve cinq mois.

Une amélioration notable se fait sentir, les douleurs sont moins vives ; mais on retire l'appareil plus vite qu'on ne le voulait, parce que son état de grossesse ne lui permet plus de le supporter.

Deux mois plus tard (7 novembre 1922), elle accouche au même hôpital, de son quatrième enfant qu'elle allaita elle-même. Dans les quinze jours qui suivent, son état s'aggrave, les douleurs reparaissent et de nouveau on

applique un appareil plâtré ; c'est quelques semaines plus tard qu'elle entre dans le service de chirurgie de l'hospice de Nanterre (14 février 1923).

A ce moment, elle porte une minerve sans bandage frontal ; sous cet appareil on ne trouve aucune trace d'abcès, ni de ponction d'abcès, aucune cicatrice. L'état général est satisfaisant. Il y a une rigidité complète de la colonne cervicale, la tête inclinée à droite est absolument immobile et sans tendance à la subluxation en avant. La malade prend sa tête à deux mains pour s'asseoir ou pour se coucher.

Au toucher pharyngien, on ne constate aucune saillie anormale, aucune collection, aucune ulcération.

Les douleurs partent de la région de la nuque, irradiient le long du rachis ; elles sont violentes et nettement à exacerbations nocturnes. Aucune apophyse épineuse n'est douloureuse, pas de névralgies, pas d'irradiation à la région sous-occipitale.

La radiographie de profil de la colonne cervicale et de la base du crâne (Pl. I) montre une perte de substance en forme de coin à base inférieure intéressant la partie antérieure et la face sous-jacente du corps de la troisième vertèbre, avec un aspect flou et bien calcifié de sa face supérieure. Le disque intervertébral qui la sépare de l'axis n'est pas visible et les deux vertèbres semblent fusionnées.

Sur une radiographie de face, cette lésion n'est pas apparente ; le squelette cervical n'est pas décalcifié ; on remarque cependant du côté droit un aspect flou des apophyses transverses des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales. Il semble y avoir une sorte d'ossification des ligaments qui masque le profil de ces apophyses très nettes à gauche. Sur cette même radiographie, les sommets des poumons apparaissent clairs, sans granité, ni traces de sclérose, sans traînées ganglionnaires.

Aucun trouble nerveux, aucun trouble médullaire ; pas de contracture, pas d'atrophie musculaire. Les réflexes sont normaux.

L'examen des divers appareils est négatif, sauf celui de la vision où on note un double colobome congénital de l'iris.

Nous maintenons le diagnostic de mal de Pott et nous laissons la malade au seul traitement orthopédique.

En juin 1923, près de cinq mois après son entrée dans le service, la malade se plaint d'une douleur qui serait survenue assez brusquement, au niveau de la face postérieure de la partie moyenne du cubitus droit. Cette douleur est violente, à exacerbations nocturnes et s'accompagne d'un certain degré d'impuissance pour les mouvements de ce membre.

On perçoit, au toucher, un gonflement fusiforme, douloureux à la pression, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la crête du cubitus. La tuméfaction est limitée à l'os et les parties molles, en particulier la peau, sont indemnes.

Nous pensons à une gonfome du cubitus et la réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée dans le sang, est très positive. En présence de cette nouvelle lésion, nous estimons que l'affection vertébrale doit être de même origine.

D'ailleurs l'évolution de cette spondylite qui dure depuis plus de trois ans, sans abcès, sans signes de compression, avec tendance à l'hypérostose ; la conservation d'un excellent état général malgré deux grossesses et deux périodes d'allaitement, sont peu en faveur d'une origine tuberculeuse quand on connaît la gravité habituelle des maux de Pott sous-occipitaux.

De plus, le traitement antisiphilitique dont nous préciserons plus loin les détails, a donné des résultats tels que le diagnostic n'est plus douteux.

Actuellement, après dix mois de médication spécifique, notre malade remue la tête sans douleur : les mouvements latéraux et de flexion en avant sont à peine limités ; seule la flexion en arrière est encore impossible. Elle n'a plus l'aspect figé des premiers mois ; elle n'est plus obligée de soutenir sa tête à deux mains pour se lever ou pour se coucher. Tout appareil plâtré est supprimé depuis plus de six mois. Il reste cependant une légère scoliose de la colonne cervicale à convexité droite, sans courbure de compensation à la colonne dorso-lombaire.

Pas la moindre douleur au toucher pharyngien et disparition de la lésion cubitale qui n'a laissé aucune trace.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une femme de quarante ans qui souffre de la région cervicale depuis six mois et qui a déjà été immobilisée.

A l'examen, on remarque deux cicatrices déprimées, symétriques, au niveau des deux malaires, qui furent atteints d'ostéite suppurée dans l'enfance.

Le raehis cervical est douloureux à la pression des apophyses épineuses des trois premières vertèbres. La tête est presque immobilisée et les mouvements sont également douloureux spontanément ; la contracture des muscles de la nuque et du sterno-mastoïdien est très marqué. Les symptômes sont nettement ceux d'un mal de Pott sous-occipital et les antécédents d'ostéite des malaires confirment cette opinion. La radiographie n'a pu être faite.

On met la malade au repos et on lui applique une minerve plâtrée. Les douleurs, malgré tout, ne font qu'aug-

menter. Elles présentent des exacerbations nocturnes d'une violence telle que la malade supplie qu'on lui retire son appareil.

En présence de ces symptômes douloureux, excessifs et anormaux, on pense à pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann qui se montre très positive. On institue aussitôt un traitement antisyphilitique et la guérison paraît rapide et complète.

OBSERVATION III

Il s'agit cette fois d'une jeune fille de dix-sept ans, amenée d'Egypte, en mai 1923, avec le diagnostic de mal de Pott dorsal dont le début remonte à deux mois environ. Rien dans ses antécédents personnels. Elle est d'aspect chétif, quoique sans grand amaigrissement. Dans ses antécédents héréditaires, on note seulement que son père est mort d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Les douleurs auraient débuté à la région interscapulaire, il y a à peine deux mois et les médecins d'Alexandrie ont porté le diagnostic de mal de Pott dorsal.

A l'examen, le rachis est relativement souple. Pas de gibbosité, mais une légère cyphose cervico-dorsale. A la palpation, la douleur est très vive au niveau de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre dorsale avec irradiation douloureuse le long des nerfs intercostaux.

Légère exagération des réflexes rotulien ; rien de particulier aux divers autres appareils. La radiographie ne montre aucune lésion visible.

En présence de ces symptômes assez frustes et de la radiographie négative, on pense à la syphilis héréditaire tardive et la malade est mise au traitement antisyphilitique.

Après une première série d'injections, une amélioration notable se fait sentir, bien qu'il persiste encore de légères douleurs.

La malade part pour La Baule où elle reste trois mois, mais où, malgré les conseils donnés, elle ne continue pas le traitement. Les douleurs reprennent et elle rentre à Paris en septembre 1923, où on reprend immédiatement le traitement.

La malade a recouvré un excellent état général, elle a engraisssé et elle ne présente plus l'aspect chloro-anémique du début.

La douleur n'est plus que superficielle, la palpation latérale profonde de l'apophyse épineuse n'éveille aucune douleur. Les irradiations bilatérales ont disparu. Le rachis est redevenu parfaitement souple. La malade part pour l'Egypte en novembre 1923, presque complètement guérie.

Etiologie

Tous les auteurs qui ont étudié la spondylite syphilitique se sont demandés, s'il s'agissait de syphilis acquise ou héréditaire, pourquoi l'affection se localisait en général à la colonne cervicale et enfin, si les hommes étaient plus atteints que les femmes.

Il semble bien, d'après nos deux premières observations qu'il s'agissait d'accidents tardifs de la syphilis acquise. C'était le cas du malade d'Auvray qui avait contracté la syphilis quatre ans auparavant. Il s'agissait, aussi, de contagion personnel chez les malades de Gaspais, de Frœlich, de Darier, de Fournier.

Cependant la règle n'est pas absolue et d'après notre troisième observation, il paraît vraisemblable d'admettre que la syphilis héréditaire peut causer de semblables lésions.

De plus, chez nos trois malades, il ne s'agit ni de spondylite traumatique, ni de spondylite infectieuse due à un autre agent microbien tel que le bacille d'Eberth. Rien dans les antécédents ne paraît l'établir.

Sur les trois observations que nous relatons, deux

sont celles de localisations aux premières vertèbres cervicales. C'est la règle et sur tous les cas signalés en France, comme à l'étranger, plus des deux tiers concernent cette portion de la colonne vertébrale. La question est loin d'être résolue et les diverses hypothèses émises ne l'ont pas encore élucidée.

Bien que les malades dont nous avons rapporté l'histoire, soient des femmes, il faut reconnaître que l'affection est plus fréquente chez les hommes. Elle se développe, en général, vers l'âge moyen de la vie, de trente à quarante ans.

Le chapitre de l'anatomie pathologique dans la spondylite syphilitique est très peu développé. Il n'y a, en France, qu'une autopsie avec examen histologique par Fournier. Nous verrons ce que peuvent être les lésions, en étudiant le chapitre des complications et le diagnostic radiologique.

Symptomatologie

Il faut bien reconnaître que les symptômes de cette affection n'ont rien de spécifique ; chez nos trois malades, on avait posé le diagnostic de mal de Pott. Il en était de même chez presque tous ceux dont les observations ont été rassemblées par les divers auteurs.

C'est souvent en raison d'une évolution trop lente et atypique ou bien à l'occasion de lésions osseuses, survenant au niveau d'autres portions du squelette que l'attention est attirée sur la véritable nature de la maladie. Cependant il est possible de préciser quelques détails de la symptomatologie qui appartiennent, en propre, à la spondylite syphilitique.

La douleur débute insidieusement, se précise lentement pour atteindre parfois une violence telle que les malades voient la nuit venir avec terreur. Car il s'agit, le plus souvent, d'une douleur nocturne, ne se calmant pas par le repos, et semblant même s'exacerber dans la position couchée ; elle irradie soit le long du rachis, soit vers la région sous-occipitale ; elle croît avec l'importance des lésions

qui altèrent le tissu osseux et peuvent plus ou moins toucher les racines nerveuses.

Certains auteurs insistent sur la façon dont les malades soutiennent leur tête à deux mains dans la crainte que la mobilisation en soit douloureuse.

Même avec une minerve, notre malade de la première observation portait les deux mains à sa tête pour se lever ou pour se coucher.

Parmi les signes physiques, l'absence d'engorgement ganglionnaire est la règle dans la spondylite syphilitique, alors qu'il en est tout autrement dans les vrais maux de Pott. Chez nos malades nous n'avons trouvé ni abcès, ni traces de ponction d'abcès, pas d'ulcérations de la peau, pas de fistules.

L'état du malade est généralement assez bon, bien qu'il s'agisse, le plus souvent, d'une affection qui évolue depuis plusieurs mois et même plusieurs années. Contrairement à ce qu'on rencontre dans les lésions tuberculeuses du rachis, on se trouve en présence de malades dont la santé est d'apparence normale, l'appétit conservé, peu ou pas d'amaigrissement.

L'absence de fièvre est la règle, en dehors de complications infectieuses dues à l'ulcération.

Mais, le plus souvent, et les divers auteurs insistent sur ce point, il se produit, à un certain moment de l'évolution, d'autres lésions syphilitiques qui viennent préciser ou révéler un diagnostic jusque-là douteux.

C'est ainsi que dans notre première observation

notre malade fit une gomme de la crête du cubitus. Jasinsky relate l'observation d'un malade qui présenta une périostite spécifique des deux jambes. Winson avait remarqué, chez le sien, une surdité gauche ; Fournier une ulcération spécifique des fesses gauche ; Debout, une roséole ; Westphal, une perforation du voile du palais. Gaspais, signale une hyperostose frontale syphilitique chez son malade. Pied découvrit une aortite et une paralysie faciale.

La radiographie n'a pas donné de signes particuliers ; parfois muette, elle donne, en général, des images de carie osseuse avec perte de substance plus ou moins importante du corps vertébral ou encore des hyperostoses intéressant plutôt les apophyses.

Enfin, dans tous les cas, le traitement spécifique a fourni un signe incontesté ; il est évident que s'il amène la guérison de l'affection vertébrale, on est en droit de la considérer comme étant d'origine syphilitique.

Evolution et Complications

La spondilite syphilitique, non traitée, évolue vers des complications qui sont de deux ordres : osseuses et nerveuses.

Outre la menace redoutable d'une subluxation antérieure, on a signalé (Ramsay Hunt) seize cas d'ulcérations plus ou moins étendues du pharynx. Dans neuf cas, il se produisit des abcès, qui en s'ouvrant, laissèrent s'écouler un pus sanguinolent contenant des fragments nécrosés et des séquestres plus ou moins volumineux. Mackenzie signale un cas d'érosion de l'artère vertébrale et Landrieux un cas d'ulcération et de rupture de la carotide interne. Leprestre découvrit au cours d'une autopsie un épanchement ventriculaire avec hématorachis.

Les complications nerveuses sont dues à des compressions de la moëlle ou des racines rachidiennes et se traduisent par des paralysies du membre supérieur gauche (Leprestre), du membre inférieur gauche (Leyden, Piorry), des deux membres supérieurs (Vichow). Dans deux cas où les lésions touchaient la région sacré, il y avait des troubles des sphincters.

Plusieurs observations relatent des cas de dysphagie par gomme rétropharyngienne. Ces gommes sont susceptibles, en se ramollissant, de devenir le point de départ de véritables abcès qui peuvent se fistuliser dans le pharynx et entretenir une infection secondaire tenace.

Quelques auteurs rapportent des cas de mort subite.

Telles sont les complications qui peuvent survenir chez les malades non traités.

Mais même chez ceux qui sont soignés à temps, il reste presque toujours, quand les douleurs ont disparu, des déformations rachidiennes qui se traduisent par des cyphoses ou des scolioses et un certain degré d'ankylose rendant difficile ou limitant quelques mouvements. C'est ainsi que notre malade de la première observation ne peut pas renverser la tête en arrière, qu'elle mobilise cependant très bien latéralement, de même qu'en s'inclinant fortement en avant et en penchant la tête, elle ressent une tension douloureuse dans la région de la nuque qui limite aussitôt le mouvement.

Diagnostic

Nous aurons surtout en vue la spondylite cervicale, la plus fréquente de toutes ; c'est avec le mal de Pott cervical ou sous-occipital que le diagnostic sera à débattre.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un adulte ou d'un enfant présentant des douleurs cervicales irradiant vers la nuque, vers la région occipitale, avec contracture des muscles ; attitude figée ; tous mouvements douloureux, l'idée d'un mal de Pott s'impose à l'esprit et c'est à ce diagnostic que l'on s'arrête généralement.

Penser à la syphilis, en rechercher les stigmates cutanés et viscéraux, pratiquer la séroréaction est un devoir qui s'impose à tout médecin averti ; on peut ainsi être mis sur la voie du vrai diagnostic.

Mais la coexistence des deux affectations : tuberculose et syphilis est possible et même fréquente. Nous devons donc rechercher si l'étude minutieuse des symptômes ne nous permet pas d'arriver à les différencier. Pour cela, nous avons à notre disposition la clinique, la radiographie et le traitement spécifique.

La douleur dans la spondylite syphilitique semble présenter des caractères assez spéciaux et qui doivent retenir l'attention. Tous les auteurs insistent sur sa précocité, son intensité ; son caractère nocturne de douleur ostéocope ; sa résistance au traitement par l'immobilisation plâtrée, sont des caractères qui, sans être absolument pathognomoniques, doivent retenir l'attention. L'absence habituelle d'adénopathie est également à signaler.

L'empâtement fongueux de la région, les abcès par congestions avec leurs fusées classiques manquent le plus souvent dans la spondylite syphilitique. C'est là un signe d'évolution important de même que la conservation habituelle d'un bon état général.

Mais les foyers gommeux peuvent s'abréger à la peau, dans le pharynx, on recherchera alors les caractères habituels du liquide gommeux, clair, visqueux, mêlé parfois à des séquestrés fragmentés ou à l'état de poussière osseuse.

La radiographie nous offrira-t-elle des signes différentiels décisifs ? Nous ne le croyons pas : à la région sous-occipitale, il est parfois très difficile d'obtenir de bons clichés découvrant bien la région occipito-atloïdienne ; d'autre part les sujets sont fréquemment atteints de contractures, d'inclinaisons latérales qui rendent l'interprétation des images assez délicate. Nous avons dû recommencer nombre de fois les radiographies de la malade qui fait l'objet de notre observation I.

Une seule de ces radiographies de profil nous a permis de bien voir la lésion. C'est une sorte de géode creusée dans le corps de la troisième vertèbre cervicale : gomme ramollie très probablement. Cette géode se détache d'autant mieux qu'elle est entourée d'un tissu osseux très opaque.

Nous avons constaté également la disparition du disque intervértebral entre l'axis et la vertèbre lésée.

Tendance à l'hyperostose, à l'ossification des ligaments transversaires, ostéite condensante, autour d'une lésion ulcéruse centrale, tels sont les caractères qui nous ont frappé et qu'il serait intéressant de confirmer dans des observations ultérieures.

Aucun des signes que nous venons de passer en revue ne présente, à lui seul, des caractères assez nets pour permettre d'affirmer le diagnostic de lésion syphilitique. Cependant leur examen critique minutieux constitue un ensemble de présomptions suffisant.

Mais le signe de certitude, la preuve certaine, c'est l'efficacité du traitement. L'amélioration rapide des symptômes, en particulier de ces douleurs spontanées et irradiées même dans le repos, est un phénomène sur lequel nous tenons à insister, car dans notre observation I, il a été presqu'immédiat. Nous donnerons plus loin, les modalités du traitement. Pour le moment, nous ne voulons que signaler son utilité diagnostique, « pierre de touche ».

Le mal de Pott n'est pas la seule affection qui

puisse être confondue avec la spondylite syphilitique. A la région cervicale, certaines arthrites infectieuses, laissant à leur suite des raideurs douloureuses, avec attitude vicieuse peuvent provoquer des symptômes analogues. A la région dorsale on peut observer des spondylites à tendance ankylosante, mais dans ce cas, les ankyloses frapperont aussi généralement d'autres articulations. La spondylite traumatique, avec ses déformations tardives, les gibbosités ou les plicatures qu'elle entraîne sera différenciée par la notion d'un traumatisme antérieur.

L'étude des antécédents, l'évolution permettront généralement de fixer le diagnostic. La réaction de Bordet-Wassermann sera toujours pratiquée ; elle a naturellement une grande valeur indicative ; mais répétons-le, le véritable critérium est la guérison ou l'amélioration rapide sous l'influence du traitement anti-syphilitique.

Pronostic

Le pronostic de la spondylite syphilitique doit toujours être réservé.

Sans parler de la mort subite qui a été signalée, par luxations atloïdo-axaïdiennes, les lésions nerveuses par compression médullaire ou méningite syphilitique, ne sont pas exceptionnelles. Ces compressions peuvent résulter encore d'hyperostoses, de ce travail d'ostéite condensante si fréquent dans les ostéopathies syphilitiques et qui peut entraîner à la fois des ankyloses étendues et des compressions radiculo-nerveuses.

Ces réserves faites, nous devons reconnaître que le pronostic est infiniment moins sombre que celui du mal de Pott. L'absence ou la rareté des abcès, des fistulisations, la conservation à peu près constante d'un bon état général, sont autant d'éléments favorables, surtout lorsqu'on les met en parallèle avec ceux qui caractérisent le mal de Pott proprement dit.

Le pronostic, du reste, s'améliorera à mesure que l'on connaîtra mieux la maladie, que l'on songera à la dépister et nous croyons avoir montré que ce

n'est pas chose impossible par une bonne analyse des symptômes et des antécédents. Il est, en effet, entièrement dominé par le traitement dont l'influence se manifeste décisive. Ses résultats, tant au point de vue général qu'au point de vue proprement orthopédique, seront d'autant plus remarquables qu'il aura été institué plutôt.

Traitemen

En quelques mots, tous les auteurs signalent que le traitement est d'une part orthopédique et d'autre part antisyphilitique.

Nous nous permettrons de relater avec quelques détails le traitement antisyphilitique qui a été pratiqué chez la malade de la première observation et qui a été contrôlé régulièrement par la réaction de Bordet-Wassermann plusieurs fois pratiquée.

Le 1^{er} mai 1923, cette réaction se montrait très positive dans le sang. Un traitement mixte au novarsénobenzol Billon et au cyanure de mercure est immédiatement institué. De mai à septembre 1923, la malade reçoit, en injections intraveineuses, selon la méthode habituelle : environ 7 grammes de novarsénobenzol et seize centigrammes de cyanure de mercure.

Le 25 juillet, le 10 octobre 1923, la réaction de Wassermann n'est plus que positive.

Au début d'octobre 1923, on reprend le traitement arsenical, mais la malade ne le tolère plus qu'à faible dose, il faut le supprimer. Nous le remplaçons par le cyanure de mercure, mais, dès la fin

de novembre, à la suite d'une injection intraveineuse de ce médicament, la malade présente une diarrhée dysentérisiforme qui dure vingt-quatre heures.

Nous nous adressons alors aux sels de bismuth et de décembre 1923 à mars 1924, la malade reçoit deux séries de douze injections de Quinby.

Le 30 janvier la réaction est faiblement positive.

Le traitement de l'affection causale, la syphilis, ne doit pas faire négliger le traitement local. La minerve plâtrée, ou l'extension continue sur lit spécial, le repos complet dans le décubitus, s'imposent là comme dans le mal de Pott. Il est à remarquer que les douleurs à prédominance nocturne sont peu influencées par l'immobilisation. Nous les avons vues persister longtemps chez notre malade de l'observation I. Le traitement antisyphilitique les calme, au contraire, très rapidement.

L'immobilisation et le décubitus auront aussi l'avantage de prévenir les complications résultant des déplacements osseux ou articulaires, de prévenir les scolioses, les attitudes en torticolis qui restent des difformités acquises.

La cure hélio-aérothérapique ne devra pas non plus être négligée, surtout chez des sujets jeunes.

Conclusions

I. — La spondylite syphilitique est une affection dont la connaissance est relativement récente. Presque toujours confondue avec le mal de Pott auquel elle emprunte un grand nombre de symptômes, elle s'observe plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant ; elle siège dans les deux tiers des cas à la région cervicale. C'est une lésion tardive de la syphilis acquise ou plus rarement héréditaire.

II. — La douleur initiale présente les mêmes irradiations radiculaires que dans le mal de Pott, mais montre très souvent un caractère nocturne résistant au repos et à l'immobilisation et se calmant, au contraire, par le traitement antisyphilitique.

La contracture des muscles rachidiens, entraînant quelquefois des déformations latérales, des attitudes en torticolis, l'absence presque constante d'abcès par congestions, d'adénite de voisinage, la conservation d'un bon état général sont les principaux caractères cliniques de cette affection.

III. — La radiographie dans les cas nets, permet de constater des hyperostoses de l'arc vertébral, ou

des lésions gommeuses apparaissant en taches claires sur les clichés.

IV. — Le diagnostic, en raison de la grande similitude des symptômes, repose surtout sur l'évolution plus lente et atypique; que dans le mal de Pott, sur la rareté des complications, sur la réaction de Bordet-Wassermann et surtout sur l'efficacité du traitement.

V. — Le pronostic, tout en étant très réservé, est moins grave que celui du mal de Pott, surtout lorsque la maladie est dépistée à temps.

VI. — Le traitement spécifique doit être poursuivi avec une extrême vigueur, tant par les sels mercuriels que par les arsenicaux, ou par les sels de bismuth.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

AUGUSTE BROCA.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

A. AIMES. — Le mal de Pott syphilitique. — *Le Progrès Médical*, 31 mai 1919.

AUVRAY. — Un cas de mal de Pott syphilitique. — *Journal des Praticiens*, 15 juin 1912.

BONNET. — Mal de Pott syphilitique. — Société des Sciences médicales de Lyon. — *Lyon Médical*, 22 novembre 1908.

BROCA. — Traité de Chirurgie infantile. — Paris, Steinheil, 1914.

DARIER. — Carie syphilitique des vertèbres cervicales avec pachyménингite syphilitique. — *Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris*, 1893.

DÉJERINE. — Mal de Pott syphilitique. — *Revue de Neurologie*, 1898.

FELTGEN. — Pseudo-mal de Pott syphilitique. — Thèse de Nancy, 1903.

FOUCQUET. — Traité de la syphilis articulaire, 1905.

FOURNIER. — Un cas de mal de Pott syphilitique. — *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1881.

FOURNIER et LOEPER. — Mal de Pott syphilitique de la colonne cervicale. — *Revue de Neurologie*, 1899.

FRÖELICH. — Mal de Pott syphilitique. — *Presse Médico-le*, 1904.

GALLAND. — Etude radiologique du mal de Pott sous-occipital. — Thèse de Paris, 1921.

GASPAIS. — Contribution à l'étude du mal de Pott sous-occipital syphilitique. — Thèse de Paris, 1912.

GAUCHER et BORY. — Mal de Pott syphilitique. — *Annales des Maladies Vénériennes*, 1914.

GILBERT, LIPPmann et BRICE. — Mal de Pott sous-occipital syphilitique. — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 1912.

LEVOT. — Les lésions syphilitiques des rachis. — Thèse de Paris, 1881.

PETREN. — Mitteilungen aus den grenzgebieten der Medizin and Chirurgie, tome XXI, 1910.

RAMSAY-HUNT. — *The American Journal of the medical science*, volume CXLVIII, 1914.

SERVIÈRE. — Pseudo-mal de Pott syphilitique chez l'adulte. — Thèse de Montpellier, 1908.

TRÈVES. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*, mars et avril 1923.





PLANCHE I.

Géode du corps de la troisième vertèbre cervicale entourée
d'un tissu osseux très opaque.
(Début du traitement).

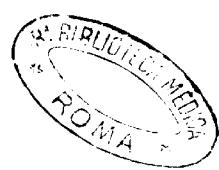




PLANCHE II.

Géode en partie comblée. Processus d'ossification très intense.
(Après 10 mois de traitement).

