

même côté, et la tête était tellement fixée dans cette situation, qu'il était impossible de la ramener à sa rectitude naturelle, même en exerçant un effort considérable. Peyrilhe, qui était présent, voulait que l'on tentât la réduction, mais Desault n'osa pas l'entreprendre; et, pour s'en défendre, il ne cacha pas aux parents du jeune malade qu'il ne pouvait pas assurer que l'enfant ne mourût pas dans les tentatives. Ce pronostic rempli de prudence, et dont la justesse est très-susceptible de démonstration, n'est pas seulement fondé sur les craintes que la disposition des parties peut inspirer; l'observation a démontré qu'en effet des tentatives de réduction peuvent causer la mort. Petit-Radel (1) raconte avoir vu, à l'hôpital de la Charité à Paris, un enfant dont le cou et la tête étaient inclinés de côté. L'accident était survenu à l'occasion d'une chute faite depuis plusieurs jours. On ne put pas déterminer d'une manière précise en quoi consistait cette maladie; mais soupçonnant une luxation, on fit quelques manœuvres à telles fins que de raison, et le malade expira sous les yeux de ceux qui le tenaient. En examinant le cadavre, on reconnut la luxation en devant de l'une des apophyses obliques inférieures d'une vertèbre cervicale. On ne sera point étonné de cet événement, si l'on considère que pour réduire cette luxation il faut commencer par augmenter l'inflexion de l'épine dans le sens qui a produit le déplacement, afin de dégager l'apophyse oblique arrêtée devant celle de la vertèbre suivante. Nous croyons donc qu'il faut regarder comme un précepte fondé sur la raison et sur l'expérience celui de ne point entreprendre la réduction de la luxation de l'une des apophyses obliques : la maladie est exempte de danger, le malade en est quitte, au bout de quelque temps, pour une difformité avec laquelle il vaut mieux lui persuader de vivre, que d'entreprendre une réduction dont le succès n'est pas assuré et qui peut causer la mort. Il en serait de même, à plus forte raison, de la luxation des deux apophyses obliques d'une même vertèbre; nous avons déjà fait remarquer que, dans ce cas, la vertèbre déplacée doit être inclinée en devant, et la moelle épinière tirillée : or, la tension de cet organe ne pourrait être augmentée qu'avec le plus grand danger dans les manœuvres de réduction où il serait indispensable

(1) *Encyclopédie méthod., Dict. de chirurg.*

d'augmenter d'abord le déplacement, en portant plus loin la courbure de l'épine dans le point affecté (a).

(a) — Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'observer une luxation de l'apophyse oblique inférieure d'une vertèbre cervicale sur l'apophyse oblique supérieure de la vertèbre sous-jacente. C'était la quatrième vertèbre cervicale qui était luxée en avant sur la cinquième. Voici le fait.

Le 24 octobre de l'année 1842, un ouvrier terrassier, âgé de vingt-cinq ans, travaillant aux fortifications de Paris, et portant une charge sur ses épaules, fit une chute de trois mètres de hauteur environ. Il tomba sur le sommet de la tête, et le corps fut violemment porté en avant, de sorte qu'une flexion du cou très-forte et instantanée fut la conséquence de la chute. Cet homme perdit connaissance sur-le-champ par suite de la commotion qu'il ressentit, et il ne revint à lui qu'au bout d'une demi-heure. Il put alors se relever et marcher. Il se fit transporter à l'hôpital Saint-Louis, et j'observai les phénomènes suivants. Il existait une douleur très-grande à la tête et à la région cervicale, et la tête est maintenue inclinée en avant et tournée à droite. La partie postérieure du cou, qui n'offre aucun gonflement, présente une déviation très-prononcée à gauche des premières vertèbres cervicales, de sorte que les apophyses épineuses des seconde, troisième et quatrième vertèbres sont dirigées de ce côté, et que leurs apophyses transverses sont portées en avant. L'ensemble des vertèbres de la région cervicale décrit une légère courbure, une incurvation à concavité droite et à convexité gauche; et les apophyses épineuses des mêmes vertèbres sont en arrière une saillie plus considérable que dans l'état normal. Les apophyses transverses gauches, et par suite la ligne latérale gauche du cou, sont très-saillantes. A la partie antérieure gauche du cou on sent une tumeur qui paraît formée par l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale passée au devant de la cinquième. Le doigt introduit dans le pharynx ne constate ni saillie ni enfoncement du corps des vertèbres. Le cou est douloureux dans tous les points de sa surface et à gauche principalement : ses mouvements sont totalement impossibles, soit que le malade cherche à les exécuter, soit que je veuille moi-même en impri-

mer au cou. Il n'y a du reste aucun signe de compression de la moelle épinière; le malade a marché; les bras se meuvent sans peine; la respiration n'est pas gênée; la déglutition est facile et sans douleur; l'évacuation de l'urine et des matières fécales est volontaire; le pouls est normal, quoiqu'un peu fort.

La réunion de ces divers symptômes m'a fait diagnostiquer une luxation de l'apophyse oblique inférieure de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième.

Je fais une saignée du bras de quatre palettes, et je mets un cataplasme sur le cou.

Le lendemain, 25 octobre, il est survenu un peu de gonflement général au cou. Je continue les cataplasmes.

Le 26, tout gonflement a disparu, et les changements survenus dans le cou sont aussi marqués que le premier jour.

Le 27, la tête peut être fléchie en avant, mais son redressement ne peut s'exécuter complètement.

Le 2 novembre, dixième jour après l'accident, toute douleur et toute roideur du cou ont disparu: il ne reste au malade qu'une gêne dans les mouvements du cou. Je l'empêche de sortir de l'hôpital, et je le retiens jusqu'au 12 novembre, jour où il a voulu absolument s'en aller. Il est dans l'état suivant. Il a la tête un peu inclinée à droite et tournée de ce côté, ce qui lui donne un air embarrassé. La partie droite du cou est concave; la partie gauche est convexe. Les apophyses épineuses des seconde, troisième et quatrième vertèbres sont dans la même position que le jour de l'accident. Les mouvements de flexion et d'extension de la tête sont presque entièrement libres; les mouvements de rotation le sont beaucoup moins, de sorte que, si le malade veut tourner la tête, il est obligé de compléter le mouvement de rotation du cou par un mouvement de rotation du tronc. Toutes les autres fonctions sont parfaitement libres, ce qui prouve que la moelle épinière n'a éprouvé aucune lésion.

§ 4. — De la luxation du corps des vertèbres.

La luxation des apophyses obliques, telle que nous l'avons décrite, et telle qu'on l'a observée à la région cervicale, ne peut avoir lieu à la région dorsale et à la région lombaire: là, ces apophyses ont beaucoup plus d'élévation et une direction verticale; en sorte que, pour

passer les unes au-dessus des autres, et pour que celles de la vertèbre supérieure pussent se placer devant celles de l'inférieure, il faudrait que l'inclinaison antérieure entre deux vertèbres fût portée à un point extrême que la souplesse de leurs fibro-cartilages ne saurait permettre, surtout aux lombes, où les apophyses obliques ont une longueur extraordinaire.

Mais les corps des vertèbres peuvent-ils être luxés? On a cru que, dans une flexion violente de l'épine, produite soit par la chute de quelques corps graves sur la partie supérieure du tronc, l'épine étant déjà courbée, soit par une chute d'un lieu élevé sur la nuque ou sur les fesses, soit encore par un violent effort qui tendrait à produire une grande extension de l'épine, comme un éboulement de terre, etc.; on a cru, dis-je, que dans des circonstances de cette nature les ligaments postérieurs de la colonne vertébrale, et successivement le fibro-cartilage, pouvaient être rompus, et la partie supérieure de l'épine éprouver un déplacement en se portant en avant ou en arrière. Quand on réfléchit sur la force prodigieuse des substances fibro-cartilagineuses intervertébrales, sur la ténuité de la couche compacte qui couvre la superficie des vertèbres, sur la fragilité des lames osseuses qui forment les corps de ces os, on est plus porté à croire à la solution de continuité de l'os lui-même, qu'à celle de ses moyens d'union. Si l'on examine ensuite les faits sur lesquels l'opinion dont il s'agit paraît fondée, on trouve que la fracture des lames des vertèbres en est un phénomène que l'on peut regarder comme constant; que ces lames ont même été le plus souvent écrasées, brisées en éclats; et que presque toujours, quand le corps de quelque vertèbre avait en même temps subi un déplacement, l'arrachement du fibro-cartilage avait été suivi de celui d'une partie de la substance de la vertèbre même.

On voit d'après cela que cette espèce de désordre ne porte point les caractères propres aux luxations, et qu'elle doit bien plutôt être rangée parmi les fractures comminutives et compliquées de lésions graves des parties molles environnantes.

En terminant ce qui est relatif aux déplacements des vertèbres, nous rappellerons qu'il existe des faits par lesquels il est démontré que, dans une forte flexion de l'épine, les ligaments sus-épineux, les interépineux, et les ligaments postérieurs appelés jaunes, peuvent être rompus. Quand le désordre n'a pas été considérable, et quand il

a été borné aux ligaments inter et sus-épineux, les malades en ont été quittes pour garder le repos pendant un temps plus ou moins long; mais la rupture du ligament jaune a été suivie de la paraplégie et de la mort, sans doute à cause de la distension qu'avait subie la moelle de l'épine.

ARTICLE V.

Des luxations des côtes.

Le silence absolu du plus grand nombre des écrivains observateurs sur les luxations dont les côtes pourraient être susceptibles n'avait point paru étonnant jusqu'après l'époque où J.-L. Petit et Duverney écrivirent leurs traités sur les maladies des os. Petit, doué d'un esprit observateur, trouva tout simple, sans doute, que la solidité des articulations de ces os, et la flexibilité dont ils jouissent, les exposassent plutôt aux fractures qu'aux luxations, et ne connaissant probablement aucun fait en opposition avec ces conjectures, il imita l'exemple de ses devanciers. Quelques compilateurs admirent néanmoins l'existence de ces déplacements, mais sans en citer aucun exemple; et on a lieu d'être étonné de trouver le nom de Paré à la tête de ceux qui embrassèrent cette opinion.

Cependant un des correspondants de l'Académie de chirurgie, croyant avoir observé un cas de luxation de l'extrémité vertébrale de l'une des côtes appelées vraies, communiqua le fait à cette compagnie dans un mémoire où il établit une théorie sur ce sujet. L'Académie adopta l'observation et les propositions de l'auteur, et le respect qu'elle inspirait, et qu'elle méritait à tant de titres, donna du crédit à une doctrine qui nous paraît avoir été admise trop légèrement.

Selon Buttet, les dernières vraies côtes, et les premières de celles que l'on appelle fausses, seraient les seules susceptibles de luxation, et le déplacement ne pourrait jamais avoir lieu qu'en devant: la cause luxante devrait toujours agir sur l'angle même de la côte, ou le plus près possible de l'apophyse transverse avec laquelle elle s'articule, et dans un espace très-borné; les symptômes de cette luxation seraient une douleur vive à la région postérieure du thorax, l'inspiration courte et gênée, la mobilité de la côte luxée dans toute sa longueur, un

bruit sensible pour le sens de l'ouïe et pour celui du toucher; le traitement consisterait à comprimer les côtes du côté malade, près du sternum et des vertèbres correspondantes, pour faire cesser les douleurs et la gêne de la respiration.

Mais que l'on remarque d'abord que l'auteur ne se fonde que sur un seul fait, et qu'en admettant qu'il eût été bien vu, on ne serait pas autorisé pour cela à en déduire des propositions générales. En second lieu, il ne faut pas un grand effort d'attention pour reconnaître, dans le tableau que nous venons de présenter, les symptômes de la fracture d'une côte près de son articulation avec l'apophyse transverse de la vertèbre correspondante. Il ne pourra rester le moindre doute à cet égard si l'on écarte l'ambiguïté de certaines expressions de la narration de ce fait: qu'est-ce qu'un bruit qui se manifeste par une espèce de soubresaut, et qui n'est point la crépitation, quoique beaucoup plus distinct qu'elle? C'est pourtant sur cette distinction subtile que reposerait, selon Buttet, toute la différence propre à faire distinguer les luxations des côtes d'avec leurs fractures; suivant lui, dans ces dernières, la crépitation ne serait sensible que pour l'organe du toucher, et elle produirait un bruit manifeste dans les cas de luxation: comme si l'on n'observait pas tous les jours une crépitation sonore dans les recherches que l'on fait pour constater l'existence des fractures. D'ailleurs, en admettant la luxation de l'extrémité postérieure des côtes, qui ne voit que, dans ce cas, l'extrémité de l'os déplacé, revêtue de sa couche cartilagineuse, en frottant contre le corps des vertèbres correspondantes, ne pourrait produire même une crépitation sourde et sensible seulement pour l'organe du toucher? On distingue à la vérité cette sensation, et même le bruit qui l'accompagne, dans la réduction des luxations qui intéressent les articulations orbiculaires, quoique les deux surfaces soient recouvertes d'une couche cartilagineuse; mais, dans ce cas, il se passe des mouvements fort étendus; on est forcé d'user de violence, et la tête de l'os luxé, en rentrant dans la cavité qu'elle avait abandonnée, tombe dans une excavation profonde. Dans la supposition de Buttet, au contraire, il s'agirait de surfaces presque plates, jouant librement et sans obstacle les unes sur les autres, et dans un espace fort circonscrit; et dans cette région, on ne voit absolument qu'une fracture qui puisse donner lieu à la crépitation, quel que soit son caractère.