

RDS7  
F67  
1873  
v.2

PATHOLOGIE  
ET CLINIQUE  
CHIRURGICALES

TROISIÈME SECTION

MALADIES CHIRURGICALES ENVISAGÉES DANS LES RÉGIONS  
ET DANS LES APPAREILS

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DE LA RÉGION RACHIDIENNE

Le rachis peut être le siège de lésions traumatiques, de lésions inflammatoires, de vices de conformation et de déformations.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RÉGION RACHIDIENNE

§ 1. — Lésions traumatiques de la moelle.

La moelle épinière peut présenter des *plaies* par instruments piquants et par armes à feu; on peut observer aussi la *commotion*, la *contusion* et la *compression* de la moelle. Ces dernières lésions sont presque toujours des complications des fractures de la colonne vertébrale; elles sont peu connues, et d'un diagnostic très-difficile, lorsqu'elles existent isolément. Quant aux symptômes déterminés par les plaies de la moelle épinière,

ils ne diffèrent pas de ce qu'on observe dans les expériences physiologiques. Du reste, il suffit de jeter les yeux sur les complications des fractures de la colonne vertébrale pour connaître suffisamment les lésions traumatiques de la portion rachidienne des centres nerveux.

## 2. — Lésions traumatiques de la colonne vertébrale.

### I. — FRACTURES DES VERTÈBRES.

**Examen du malade.** — Dans ces fractures, comme dans celles du crâne, l'élève ne doit pas s'attendre à rencontrer les signes ordinaires des fractures, ni chercher à les constater. Il verra quelquefois une *déformation* au niveau de la fracture; parfois, en appliquant légèrement la pulpe du doigt en ce point, il percevra la crépitation, s'il s'agit d'une fracture des lames de la vertèbre ou de l'apophyse épineuse. Mais il s'attachera surtout, pour reconnaître la lésion, aux *symptômes fonctionnels*: douleur locale, troubles du mouvement, de la sensibilité et de la nutrition dans les parties auxquelles se distribuent les nerfs qui émergent de la moelle au-dessous du siège de la fracture.

**Causes et mécanisme.** — Les causes de ces fractures sont directes ou indirectes. Les causes *directes* déterminent plus souvent des fractures incomplètes: ce sont des chocs reçus sur la partie postérieure de la colonne vertébrale, ou bien un projectile lancé par une arme à feu. Les causes *indirectes* sont des chutes d'un lieu plus ou moins élevé; dans ces cas, la fracture peut se produire de plusieurs manières: 1<sup>o</sup> si la fracture succède à une chute sur la tête, sur le siège, sur les genoux, ou sur les pieds, ce qui est plus rare, un ou plusieurs corps vertébraux seront écrasés (*fractures par écrasement*). 2<sup>o</sup> Un individu tombant d'un lieu élevé peut être arrêté dans sa chute par un obstacle quelconque. Si la face dorsale tombe perpendiculairement sur l'axe de l'obstacle, les deux extrémités de l'individu, animées par l'impulsion, continuent à descendre pendant un certain temps, tandis que la partie moyenne du corps est retenue. La colonne vertébrale décrit brusquement un cercle à concavité postérieure. Pendant cette incurvation de la colonne, il se fait fréquemment une fracture d'un corps vertébral, qui siège presque toujours à égale distance de deux disques intervertébraux, la cohésion du tissu osseux étant moins forte que l'adhérence du corps vertébral au disque fibreux (*fractures par arrachement*). (Bonnet.)

**Variétés.** — Très-rarement, on voit des fractures complètes, c'est-à-dire divisant la colonne vertébrale en deux tronçons distincts; le plus souvent, la lésion est incomplète, et l'on constate des fractures isolées du corps, de l'apophyse épineuse, des lames, des apophyses transverses, ou des apophyses articulaires.

Ces fractures, rarement simples, sont presque toujours compliquées soit de luxations, d'épanchements sanguins intra-rachidiens, soit de lésions de la moelle, compression, commotion, contusion, rarement d'une déchirure complète de cet organe.

**Déplacement.** — Dans les fractures par cause directe, on constate quelquefois un enfoncement de l'apophyse épineuse ou des lames vers le canal rachidien. Dans les fractures indirectes, on voit souvent le corps de la vertèbre supérieure glisser un peu au-devant de l'inférieure. Quelquefois une esquille se détache et se porte vers le canal rachidien. Nécessairement, ces derniers déplacements entraînent un changement dans les rapports de la moelle épinière, presque toujours comprimée.

Ces fractures peuvent siéger sur un point quelconque de la colonne vertébrale; mais les fractures indirectes siègent le plus souvent à la partie inférieure de la région dorsale.

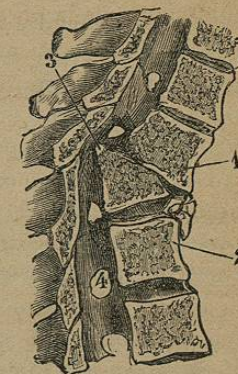


FIG. 1. — Fracture de la colonne vertébrale.

1. Vertèbre supérieure. — 2. Vertèbre inférieure. — 3. Corps de vertèbre écrasé et refoulé vers le canal rachidien. — 4. Trou de conjugaison.

**Symptômes.** — 1<sup>o</sup> *Fractures directes.* Douleur sur un point limité de l'épine dorsale. On constate qu'une apophyse épineuse est quelquefois *déviée* de sa position normale; si on lui imprime des mouvements, on peut arriver à percevoir la crépitation.

2<sup>o</sup> *Fractures indirectes, fractures du corps.* Après la chute, le malade ne peut pas se relever. Si la fracture a eu lieu par écrasement d'un corps vertébral, il peut arriver que le malade présente une sorte de gibbosité au niveau de la fracture. Dans tous les cas, il y a de la *douleur*, et quelquefois de la tuméfaction à ce niveau. Il serait imprudent de chercher à constater la mobilité anormale et la crépitation; on arrive au diagnostic de ces fractures par l'étude des complications.

**Complications.** — Les complications *primatives*, survenant au moment de l'accident, sont: la commotion, la compression, la contusion de la moelle, rarement sa déchirure ou celle de ses enveloppes. Les complications *consécutives* sont l'inflammation et le ramollissement de la moelle.

La *commotion* ou l'ébranlement de la moelle détermine des accidents immédiats: perte de connaissance, engourdissement des membres inférieurs, souvent même paralysie complète du sentiment et du mouvement. Si la commotion a lieu en un point élevé de la moelle, à la région cervicale, par exemple, ces troubles s'observent aussi aux membres supérieurs; la respiration est notablement gênée. Dans tous les cas, le blessé présente cet état général qu'on a désigné sous le nom de *stupeur*: l'urine et les matières fécales s'échappent involontairement, par suite de la paralysie des sphincters de la vessie et du rectum.

Si la commotion est simple, c'est-à-dire si elle ne s'accompagne d'aucune lésion matérielle, ces symptômes diminuent peu à peu; ils finissent même par disparaître complètement.

La *compression* est produite par un épanchement sanguin dans le canal vertébral, ou par un fragment osseux déplacé vers le canal rachidien. En général, les symptômes de paralysie qu'elle détermine n'apparaissent pas aussi rapidement que ceux de la commotion; ils sont souvent mieux limités, et n'occupent quelquefois qu'un seul côté du corps, correspondant au côté comprimé de la moelle; ils peuvent disparaître, ou du moins s'amender sous l'influence de certains mouvements qui diminuent le déplacement des vertèbres fracturées.

La *contusion* de la moelle, semblable, au point de vue anatomo-pathologique, à celle du cerveau, donne lieu à des accidents qui sont les mêmes, au début, que ceux de la commotion. A une époque plus avancée, elle s'accompagne presque toujours des symptômes de la myélite.

La *déchirure* de la moelle ou de ses enveloppes est produite aussi par le déplacement des fragments.

La *myélite*, c'est-à-dire l'inflammation et le ramollissement de la moelle, complication consécutive, est nécessairement amenée par la compression de la moelle.

En résumé, toutes ces complications déterminent des symptômes qui dominent ceux de la lésion osseuse, et qui donnent aux fractures des vertèbres une physionomie particulière.

Le symptôme dominant est la *paraplégie*, qui est d'autant plus étendue que la fracture siège sur un point plus élevé. Cette paraplégie, qui affecte en même temps le mouvement et la sensibilité, peut être complète ou incomplète. Elle est fréquemment accompagnée de paralysie du rectum et de la vessie, et conséquemment de rétention, d'abord, et, plus tard, d'incontinence de l'urine et des matières fécales. Il y a quelquefois de la *contracture*, symptôme qui indique une lésion des méninges rachidiennes.

**Marche. Durée. Terminaison.** — Dans les fractures directes et sans complications, la *marche* est assez rapide et la terminaison souvent favorable; mais, dans les fractures indirectes, la marche et la *durée* sont fort variables, et placées sous la dépendance des complications. Dans le cours de la maladie, les fonctions de nutrition s'altèrent, des eschares se forment au niveau des points comprimés, et une suppuration interminable s'établit après la chute des eschares.

La *terminaison* est ordinairement funeste. La mort peut survenir instantanément, lorsque la fracture siège au-dessus de la troisième vertèbre cervicale, avec lésion de la moelle. Elle peut survenir au bout de quelques minutes ou de quelques heures seulement, lorsque la lésion siège au niveau de la troisième cervicale, par paralysie du diaphragme, le nerf phrénique prenant naissance à ce niveau. Lorsque la lésion de la moelle siège plus bas, la mort peut se faire longtemps attendre, et être déterminée par une maladie intercurrente, par une myélite ou par l'épuisement que détermine la suppuration après la chute des eschares. Très-

rarement, la moelle s'habituant à être comprimée, et les fragments étant consolidés, le malade guérit.

**Pronostic.** — Ces fractures sont toujours très-graves, puisqu'elles déterminent la mort dans bien des cas. Du reste, la gravité du pronostic est en rapport avec le siège et l'étendue de la lésion.

**Traitement.** — Les fractures directes ne présentent aucune indication; des résolutifs et une application de sangsues suffisent dans la plupart des cas; mais, lorsque la fracture est indirecte et compliquée, le traitement est plus complexe.

D'abord, il est prudent de ne point tenter la *réduction*; on relève le malade avec le plus de précaution possible, en évitant de faire exécuter des mouvements aux fragments, et on le couche sur le dos, la tête peu élevée, sur un lit mécanique.

Le traitement de cette fracture doit être complètement dirigé vers les complications. On pratiquera immédiatement au malade une ou plusieurs saignées, selon l'état de ses forces. On pourra lui faire prendre du calomel à dose fractionnée.

Enfin, s'il y avait un enfoncement des lames ou de l'apophyse épineuse dans le canal rachidien, et que les troubles fonctionnels fussent considérables, on pourrait essayer l'application du trépan.

Dans le cours de la maladie, il faut surveiller la paralysie du rectum et de la vessie, traiter la paraplégie par les moyens connus, et, enfin, appliquer aux eschares un traitement convenable (nettoyages fréquents, injections détersives d'eau chlorurée ou alcoolisée, pansement au vin aromatique, poudre de quinquina, etc.).

## II. — LUXATIONS DES VERTÈBRES.

**Variétés et siège.** — Ces luxations sont rares. Elles présentent de particulier qu'elles sont toujours incomplètes, car une luxation complète supposerait une séparation totale de la colonne vertébrale en deux fragments, isolés l'un de l'autre, lésion qui ne saurait être compatible avec la vie que dans des cas exceptionnels.

Les luxations des vertèbres accompagnent souvent la fracture de ces os. Les vertèbres *dorsales* et *lombaires* se luxent très-rarement. Il en existe neuf cas dans la science, un publié par Robert, et huit réunis par M. Richet dans sa thèse de professorat (1851). C'est à la région cervicale qu'on observe ces luxations, le plus fréquemment à la partie inférieure de cette région, au niveau des cinquième et sixième vertèbres cervicales. Il est fort rare de voir des luxations de l'*occipital* sur l'*atlas* (3 cas), et de l'*atlas* sur l'*axis* (quelques cas seulement).

**Causes et mécanisme.** — 1° Une violence extérieure considérable, portant en arrière sur l'*occipital*, peut luxer en partie l'*occipital* sur l'*atlas*. L'un des condyles quitte l'*atlas*, se porte en avant; le canal rachidien est

rétréci, et le bulbe comprimé. Les ligaments sont déchirés du côté du déplacement.

2° L'atlas peut se luxer sur l'axis, à la suite de chutes sur la tête, d'un coup sur la nuque, et surtout d'une torsion violente du cou avec traction. L'atlas tourne autour de l'apophyse odontoïde, les ligaments latéraux sont déchirés, et les surfaces articulaires de l'atlas et de l'axis ne sont plus en rapport.

3° Les dernières vertèbres cervicales se luxent à la suite de chutes sur la tête ou de la pression exercée par de lourds fardeaux portés sur la tête, ou bien dans un mouvement de rotation forcée, avec inclinaison latérale. Ordinairement, la vertèbre supérieure glisse au-devant de celle qui est au-dessous (*luxation en avant*); les ligaments sont déchirés en partie ou en totalité. Si le déplacement est plus marqué d'un côté, l'une des apophyses articulaires reste en place, l'autre se déplaçant seule (*luxation latérale*). Dans un seul cas, on a vu la vertèbre supérieure se porter en arrière (*luxation en arrière*).

Dans les cas rares où les vertèbres dorsales ou lombaires se sont luxées, il s'agissait de violences extérieures : pressions, chocs considérables.

**Symptômes. Marche. Terminaison.** — 1° Lorsque la luxation existe au niveau de l'atlas et de l'axis, on constate une position vicieuse de la tête : inclinaison, rotation, etc., en rapport avec la variété de déplacement. Presque toujours, le bulbe est comprimé, et, dans les cas où la mort n'est pas amenée subitement par cette compression, elle survient rapidement au milieu de symptômes nerveux (paralysies, troubles de la respiration, etc.).

2° Dans les luxations des cinq dernières vertèbres cervicales, si la luxation se fait *en avant*, la tête est souvent fléchie, l'extension impossible; le malade ressent une douleur qui part du siège de la luxation, et qui descend plus ou moins vers la partie inférieure de la colonne. Il y a, en arrière, une saillie produite par l'apophyse épineuse de la vertèbre restée en place; le doigt introduit dans le pharynx permet souvent de constater la saillie de la vertèbre luxée; fréquemment, la moelle est comprimée, et l'on constate de la paraplégie.

Si la luxation est *latérale*, il est facile de prévoir quels seront les symptômes, dont le principal, lorsqu'on l'observe, est la brisure de la ligne verticale formée par les apophyses épineuses. La luxation *en arrière* présente les phénomènes inverses de celle qui se fait en avant.

3° Dans tous les autres cas, les symptômes sont tellement semblables à ceux des fractures de la colonne vertébrale, qu'il est très-facile de confondre ces deux sortes de lésions.

Il est rare que ces luxations guérissent; le plus souvent, elles amènent la mort au bout de quelques heures ou de quelques jours, par suite de la compression de la moelle; et nous savons que les lésions de cette portion des centres nerveux sont d'autant plus graves qu'on se rapproche davantage de la partie supérieure de la colonne. (Voy. Fractures de la

colonne vertébrale.) On a vu des cas de luxation des dernières vertèbres cervicales qui se sont terminés par la guérison.

**Traitement.** — En général, il est prudent de ne tenter la réduction qu'en cas de mort imminente, ou de paralysie plus ou moins complète. Dans les cas où l'on opère la réduction, de même que dans les autres, il faut tenir le malade dans l'immobilité pendant cinq à six semaines, et prévenir les accidents inflammatoires du côté de la moelle. Le plus souvent, le blessé conserve une roideur du cou, avec inclinaison vicieuse de la tête.

## ARTICLE DEUXIÈME

### LÉSIONS INFLAMMATOIRES DU RACHIS

#### I. — MAL VERTÉBRAL DE POTT<sup>1</sup>.

**Examen du malade.** — Constater par le *regard*, sur le trajet de la colonne vertébrale, une *gibbosité* qui occupe le plus souvent la fin de la région dorsale ou le commencement de la région lombaire. Par la *pression*, réveiller la *douleur* en ce point, soit en appliquant directement le doigt sur la partie saillante, soit en appuyant de haut en bas sur les deux épaules. *Explorer* avec soin les parties latérales du rachis, au-dessous de la lésion, ainsi que la fosse iliaque et la région inguinale, pour s'assurer s'il existe ou non des *fusées purulentes* (abcès par congestion). Rechercher l'état de la *sensibilité* et du *mouvement* dans les membres inférieurs. S'informer du *début* et de la *marche* de la maladie. Tenir compte de la *constitution* et des *antécédents* du malade.

**Définition.** — Le *mal de Pott* est une maladie de la colonne vertébrale, caractérisée anatomiquement par des altérations diverses des vertèbres et des liens fibreux qui les unissent, et symptomatiquement par l'incurvation consécutive de la colonne vertébrale et la formation d'abcès par congestion.

**Nature.** — Les diverses dénominations qui ont été appliquées à cette maladie démontrent que tous les auteurs ne l'ont pas considérée comme étant de même nature. Depuis M. Nélaton, on a cru généralement qu'il s'agissait d'une affection tuberculeuse des vertèbres; or, l'anatomie pathologique démontre que les tubercules osseux sont rares, que le vrai tubercule se montre seulement à l'état de granulation grise (*voy.* Tubercules des os), et que si le mal de Pott est, dans certains cas, une lésion tuberculeuse, il consiste presque toujours en une ostéite chronique, une véritable carie vertébrale, avec tumeurs blanches des articulations des vertèbres.

**Anatomie pathologique.** — Les altérations siègent sur les vertèbres, les disques intervertébraux, la moelle et ses enveloppes.

1. Synonymes : *carie vertébrale*, *arthrite vertébrale*, *affection tuberculeuse des vertèbres*, *ostéite vertébrale*, *phthisie vertébrale*.