

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.

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.*

1° *Vertèbres.* — Toutes les vertèbres peuvent être affectées; mais la lésion siège plus fréquemment sur les dernières dorsales et les premières lombaires. Les corps vertébraux sont plus souvent atteints que les autres parties, et l'altération se montre sous deux aspects.

a. Tantôt une ou plusieurs vertèbres se creusent d'une cavité qui peut être si vaste que ses parois sont formées par la lame compacte recouvrant le corps vertébral.

Le contenu est une matière d'un blanc jaunâtre, immédiatement en contact avec la substance osseuse. Cette matière est un véritable pus concret, caséux, comparable aux masses caséuses des poumons des phthisiques. Ce sont ces masses purulentes qui ont été décrites sous le nom de *tubercules enkystés* des vertèbres, tandis que ce sont des abcès intra-osseux.

b. Dans d'autres circonstances, un grand nombre de vertèbres sont altérées par la carie; on voit à leur surface des taches jaunes qui indiquent des points en suppuration; les corps vertébraux ramollis se laissent facilement diviser. Leur section montre une grande vascularité et une infiltration purulente, comme dans la carie: c'est là ce que quelques auteurs ont appelé *infiltration tuberculeuse* des vertèbres.

Autour du point malade, on observe fréquemment des jetées osseuses étendues de la partie supérieure à la partie inférieure de la lésion, véritables stalactites protectrices qui tendent à ankyloser la partie affectée de la colonne, et qui sont formées par une périostite de voisinage.

2° *Disques intervertébraux.* — Lorsque les masses purulentes sont enkystées dans les corps vertébraux, il y a mortification de la partie correspondante des tissus fibreux, qui ne reçoivent plus leurs aliments des vaisseaux de l'os, puisque ceux-ci sont détruits avec la substance osseuse. Si le disque est en contact, par une seule face, avec une de ces masses caséuses, cette face seule est altérée; se trouve-t-il, au contraire, compris entre deux vertèbres ainsi lésées, la mortification se faisant sur ses deux faces, il se perfore.

Dans l'infiltration puriforme, lorsque les vertèbres sont cariées, la lésion siège sur un plus grand nombre de disques; ceux-ci se ramollissent, s'infiltrant, se mortifient partiellement et lentement, et acquièrent l'odeur fétide des pièces anatomiques en macération.

3° *Moelle.* — Malgré l'incurvation, le canal rachidien peut conserver ses dimensions normales, et même paraître plus grand, ce qu'explique la physiologie pathologique. Au niveau du point malade, on constate fréquemment l'induration (sclérose), le ramollissement et quelquefois la destruction complète de la moelle; les méninges sont également altérées par l'inflammation. M. Michaud (thèse inaugurale, 1871) a insisté sur les lésions de la dure-mère, qui est souvent épaissie, recouverte d'une couche de pus concret (pachyméningite externe), et qui peut ainsi, en se rétrécissant, déterminer la compression de la moelle.

Physiologie pathologique. — Les lésions précédentes amènent la déformation du rachis et le développement des abcès par congestion.

1° *Déformation.* — Elle varie selon la forme de la lésion osseuse.

a. Dans la forme enkystée, occupant rarement plus de deux vertèbres, les corps vertébraux, réduits à une coque osseuse mince, ne peuvent plus supporter le poids de la partie supérieure du tronc, qui, sous l'influence d'un effort plus ou moins brusque, détermine l'écrasement de la colonne vertébrale au point malade. La vertèbre qui surmonte le foyer purulent se rapproche de celle qui est au-dessous, et, en même temps, elle écrase ce foyer qui fait hernie de chaque côté de la colonne vertébrale. Le ligament vertébral commun antérieur, qui s'interpose entre les deux vertèbres, empêche l'issue de cette matière vers la face antérieure de la colonne. Il résulte de cette incurvation anguleuse une saillie dorsale, formée par l'apophyse épineuse de la vertèbre située au-dessus du kyste purulent.

b. Dans la forme infiltrée, les disques ramollis s'affaissent insensiblement et se détruisent; les vertèbres s'appliquent les unes contre les autres, s'usent et s'affaissent peu à peu. De plus, des fragments osseux de diverses dimensions se détachent sous forme de séquestres. Cette compression des corps vertébraux exprime le pus de la carie, et celui-ci suinte plus facilement sur les côtés des corps vertébraux. Dans ces cas, la déformation de la colonne se fait insensiblement, et, comme elle est due à l'aplatissement, à l'usure des corps vertébraux affectés en certain nombre, elle est régulièrement arrondie, et rarement anguleuse.

Il se produit des courbures de compensation dans les régions cervicale et lombaire. Le thorax se déforme consécutivement, et la respiration peut être gênée par suite de l'élévation du sternum et de l'extrémité antérieure des côtes.

2° *Abcès par congestion.* — Nous avons déjà vu (Maladies du tissu osseux) que les abcès par congestion sont des collections purulentes nées d'une lésion osseuse et se montrant à une certaine distance du point malade. Dans le mal de Pott, ces abcès se présentent sous la forme enkystée et sous la forme infiltrée.

a. Lorsque l'écrasement du *kyste purulent* se produit à la suite d'un affaissement brusque, la matière caséuse exprimée par les vertèbres descend sur les côtés de la colonne osseuse, sous forme de petites masses comparables à des fioles ou à des sangsues gorgées de sang. Le tissu cellulaire irrité suppure, et le pus se comporte ensuite comme nous le verrons bientôt.

b. Dans l'*infiltration purulente* des corps vertébraux, le pus suinte par plusieurs orifices de la surface des corps vertébraux, et, de même que dans le cas précédent, le tissu cellulaire du voisinage suppure.

La lésion osseuse affecte rarement la partie postérieure des vertèbres; mais, quand cela a lieu, l'abcès se montre ordinairement en arrière de la colonne vertébrale.

Lorsque l'altération siège sur les apophyses transverses, le pus, suivant la direction des vaisseaux et nerfs intercostaux, glisse le long de l'espace intercostal, pour former un abcès des parois thoraciques.

Nous avons vu que, dans les cas les plus fréquents, le pus prend naissance sur le corps des vertèbres, et l'abcès se comporte différemment, selon qu'il provient des vertèbres cervicales, dorsales ou lombaires.

Venu des *vertèbres cervicales*, le pus fuse entre les muscles prévertébraux; mais il est arrêté un certain temps par l'aponévrose prévertébrale; il repousse la paroi postérieure du pharynx (abcès rétro-pharyngien), et souvent il vient faire saillie sur les côtés du cou, en arrière du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Lorsque les *vertèbres dorsales* fournissent le pus, celui-ci peut glisser le long de l'aorte, passer à travers l'ouverture aortique du diaphragme, et arriver ainsi dans le petit bassin, d'où il peut sortir par la grande échancrure sacro-sciatique. Le liquide purulent peut aussi se porter au-devant de la tête de la douzième côte, passer sous l'arcade du psoas, et s'insinuer dans la gaine fibreuse de ce muscle, pour se comporter ensuite comme les abcès dont nous allons parler.

Si les *vertèbres lombaires* sont altérées, le pus peut glisser en avant de la colonne vertébrale et former des collections purulentes diverses :

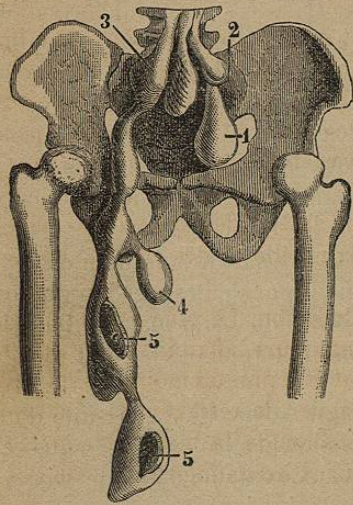


FIG. 2.
1, 2, 3, 4, 5. Différents degrés d'un abcès par congestion.

le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque; dans le petit bassin, où il peut perforer l'un des viscères qui y sont contenus, ou former un abcès de la marge de l'anus; dans la région fessière, où il arrive par la grande échancrure sciaticque, et d'où il peut fuser jusqu'au creux poplité, en suivant le grand nerf sciaticque (fig. 2).

Le plus souvent, la suppuration, plus abondante sur les parties latérales des corps vertébraux, s'infiltré dans l'épaisseur du psoas, qui s'insère à ce niveau; il chemine dans la gaine de ce muscle, dont il dissocie les fibres en détruisant le tissu cellulaire qui les réunit. Suivant les traînées cellulaires et obéissant à la pesanteur, le pus va former un abcès volumineux, siégeant au pli de l'aîne, limité par la gaine fibreuse du psoas, descendant jusqu'au petit trochanter, et en rapport, comme le muscle lui-même, en avant, avec le ligament de Fallope, l'aponévrose fémorale et la peau; en arrière, avec l'articulation coxo-fémorale, qu'il peut enflammer; en dedans, avec les vaisseaux fémoraux.

Dans certains cas, le pus, situé en dehors de la gaine du psoas, peut

passer au-dessous de l'arcade fémorale et former un abcès à la partie interne du pli de l'aîne, le long des vaisseaux fémoraux. Ce liquide peut s'insinuer encore dans le canal inguinal et former une tumeur au niveau de l'anneau inguinal.

Le pus des abcès par congestion est quelquefois verdâtre, bien lié, et présente les caractères du pus de bonne nature. Souvent il est séreux et mal lié; sa couleur est noirâtre; il renferme des débris musculaires et des grumeaux caséux. Il n'est pas toujours possible de constater la communication de la cavité purulente avec la lésion osseuse, attendu que le trajet suivi par le pus s'oblitére quelquefois, se transforme en cordon fibreux, et subit une résorption plus ou moins complète.

Symptômes. — Le *début* est lent. On peut constater au niveau du point malade, avant la formation de la gibbosité, une *douleur* d'intensité variable, augmentant souvent avec les variations de l'atmosphère, et s'irradiant en forme de ceinture; cette douleur peut persister pendant toute la durée de la maladie, et elle est exaspérée par la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres malades et par une pression exercée de haut en bas sur les deux épaules.

Le malade présente un peu d'incertitude dans les grands *mouvements* et une démarche chancelante; cette difficulté des mouvements se fait surtout sentir dans la flexion du tronc.

La *gibbosité* se forme au niveau du point malade, le plus souvent à la partie supérieure de la région lombaire; nous avons déjà vu qu'elle peut être arrondie et régulière, ou bien anguleuse. Le plus souvent elle se produit graduellement; quelquefois elle apparaît subitement, par exemple pendant un effort, lorsque les vertèbres sont réduites à une mince coque osseuse.

Cette incurvation de la colonne vertébrale amène des symptômes particuliers, qu'il faut examiner du côté de la moelle et des viscères comprimés.

La *moelle* ne présente pas toujours d'altération. Le plus souvent, on constate un affaiblissement des membres inférieurs, affaiblissement pouvant aller jusqu'à la *paraplégie*. Celle-ci peut être plus ou moins complète, affecter le rectum et la vessie, et s'accompagner de rétraction des membres. Ces symptômes tiennent à la compression de la moelle, de même que les mouvements réflexes qui succèdent aux excitations de la peau des membres inférieurs.

La *compression* des viscères thoraciques, résultant de l'incurvation de la colonne, détermine de la dyspnée, quelquefois de la toux.

Les *abcès par congestion*, en quelque lieu qu'ils se produisent, se forment lentement et presque toujours sans douleur; ils n'altèrent pas la couleur de la peau, ils présentent de la fluctuation, et, lorsqu'ils siègent au pli de l'aîne, ils sont réductibles, comme les hernies.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche est lente, surtout lorsque la lésion est très-limitée. La maladie dure rarement moins de

cinq à six mois; il est fréquent de la voir persister pendant plusieurs années. Elle peut se terminer par la guérison; la gibbosité persiste, et les abcès par congestion se tarissent. Ce mode de terminaison s'observe surtout dans la forme enkystée.

Lorsque la mort survient, elle peut être due à des phlegmasies viscérales par propagation de l'inflammation, à des complications tenant à l'ouverture des abcès, à l'abondance de la suppuration, à l'infection purulente, à l'infection putride, ou au progrès de tubercules pulmonaires que l'on observe quelquefois chez les malades.

Causes. — On ne connaît pas la cause immédiate du mal de Pott; il paraît se développer chez des sujets prédisposés, sous l'influence de causes débilitantes, et c'est probablement à ce titre qu'on a accusé la masturbation. Il est certain qu'il est plus fréquent chez les enfants, et particulièrement chez les lymphatiques et les scrofuleux. On peut donc, dans la plupart des cas, considérer cette maladie comme une expression de la scrofule, au même titre que la carie et les tumeurs blanches, dont elle ne diffère pas.

Diagnostic. — Au début, il suffit d'examiner attentivement le malade pour ne point confondre le mal de Pott avec le *lumbago* ou une *névralgie*. Lorsque la déformation existe, on peut confondre la maladie avec une difformité *rachitique*; dans ce dernier cas, le malade présente une foule d'autres lésions osseuses, et l'on ne trouve pas les symptômes locaux du mal de Pott, ni des abcès par congestion. Il faut être prévenu qu'il existe quelquefois des anomalies anatomiques consistant en des saillies plus ou moins prononcées des apophyses épineuses.

Pronostic. — Cette maladie est grave. On considère généralement la production de la gibbosité comme une circonstance heureuse et favorisant jusqu'à un certain point la guérison.

Traitement. — Le traitement doit être dirigé vers l'état général, vers l'état local et vers les abcès par congestion.

Traitement général. — Placer le malade dans de bonnes conditions hygiéniques, le soumettre à un traitement tonique et aux diverses préparations iodées ou ferrugineuses, selon les cas.

Traitement local. — Beaucoup de chirurgiens ont fait usage de révulsifs au niveau du point malade: cautérisation transcurrente, cautères, moxas, vésicatoires; mais ces moyens sont appliqués trop loin du siège de la lésion pour être efficaces. Le seul traitement rationnel consiste à immobiliser complètement la colonne vertébrale dans sa position normale, et à favoriser ainsi la disparition des phénomènes inflammatoires et la formation de l'ankylose.

Traitement des abcès. — Lorsque l'abcès est de petit volume, on réussit, dans quelques cas rares, à déterminer la résorption du pus, en traitant l'état général, en comprimant doucement l'abcès, en appliquant des vésicatoires volants ou en badigeonnant tous les jours la surface de la peau avec de la teinture d'iode.

Si l'abcès continue à se développer, on ne peut plus espérer la résorption du pus. Dans ce cas, il vaut mieux, en général, faire un traitement palliatif que d'avoir recours à une opération, car il est très-fréquent d'observer des accidents à la suite de l'ouverture de ces abcès. D'après M. Billroth, la vie des malades se prolonge, en général, davantage, si l'on n'agit pas directement sur l'abcès. Cependant, il est des circonstances qui forcent la main: par exemple, lorsqu'un abcès, venu des vertèbres cervicales, soulève la partie postérieure du pharynx et menace le malade d'asphyxie; lorsqu'un abcès du pli de l'aîne menace de s'ouvrir spontanément, ou qu'on a quelque raison de craindre l'ouverture de l'abcès dans une cavité splanchnique.

Lorsqu'on a résolu l'opération, il ne faut avoir recours à aucun des procédés qui mettent directement la cavité de l'abcès en communication avec l'air, afin d'éviter l'infection purulente ou l'infection putride. On rejettera, par conséquent, les caustiques, le fer rouge et les incisions. On donnera la préférence à la ponction sous-cutanée, faite avec un trocart, et, mieux encore, avec la seringue à aspiration de M. Dieulafoy, appareil fort bien confectionné, qui permet de retirer le pus de l'abcès par aspiration, de rejeter ce pus à l'extérieur, de laver à l'eau l'intérieur de l'abcès, et même de faire une injection de teinture d'iode, et de retirer ce liquide; le tout, sans déplacer une seule fois l'instrument et sans laisser pénétrer une bulle d'air. Toutefois, on ne devra pas injecter la teinture d'iode dans tous les cas; on s'en abstiendra, par exemple, s'il existe une inflammation circonvoisine, et l'on réservera son usage pour les vieux abcès qui auront récidivé plusieurs fois.

II. TUMEURS BLANCHES DES ARTICULATIONS OCCIPITO-ATLOIDIENNE ET ATLOIDO-AXOIDIENNE.

Désignées aussi sous le nom de *mal de Pott cervical*, ces tumeurs blanches s'observent assez souvent. Elles présentent des phénomènes particuliers que leur importance nous force à décrire séparément.

L'inflammation chronique, qui les constitue, peut débiter par les os, ou, plus fréquemment, par la synoviale.

Ces lésions ne diffèrent pas de celles que nous avons étudiées sous le titre de Tumeurs blanches en général.

Il en est de même des causes.

Nous aurons à dire quelques mots des symptômes, de la marche, de la terminaison, du diagnostic et du traitement.

Symptômes. — Il existe une *douleur*, d'intensité variable, partant du point malade pour s'irradier vers la tête ou vers le cou. La pression sur le cou, sur la tête, de haut en bas, et la déglutition l'exaspèrent. Pendant longtemps, les symptômes se bornent à cette douleur, qui s'accompagne d'un certain degré de *rigidité*, due à la contracture instinctive des muscles sous l'influence de la douleur.

Plus tard, la région se déforme, et cette déformation tient au gonflement périphérique, aux abcès par congestion et au déplacement des os.

Le gonflement siège à la partie supérieure, latérale et postérieure du cou, où l'on trouve même de l'empatement. Il est déterminé par un afflux de sang vers le tissu cellulaire sous l'influence de l'inflammation profonde.

Les abcès par congestion, qui prennent leur origine au niveau des articulations malades, se montrent sur les parties latérales du cou, au-dessous du sterno-mastoïdien, quelquefois au niveau de la nuque ou en arrière du pharynx, où ils constituent une variété d'abcès rétro-pharyngiens.

Le déplacement des os est variable et dépend de la carie, de l'usure qui frappe plus ou moins profondément certaines parties de ces vertèbres. Tous les déplacements sont possibles. On a vu l'occipital se porter en arrière, en avant et à droite de l'atlas, celui-ci s'incliner en avant ou en arrière sur l'axis, sur un côté, ou décrire un mouvement de rotation; enfin on a observé une luxation double de l'occipital sur l'atlas et de celui-ci sur l'axis.

1° Si le déplacement se fait en avant, la tête est fléchie sur le cou et ne peut être redressée; l'apophyse épineuse de l'axis forme une tumeur au niveau de la nuque.

2° S'il a lieu en arrière, ce qui est rare, la tête est étendue.

3° Lorsque les os sont fortement altérés sur un côté, ils peuvent se luxer ou simplement s'incliner; il y a un torticolis du même côté.

4° Si le déplacement se fait par rotation, la tête tourne sur son axe, et la face regarde le plus souvent du côté opposé à la lésion.

Nous avons déjà dit que les muscles sont contracturés dans le voisinage et qu'ils maintiennent la tête et le cou immobiles, de sorte que le malade ne peut pas faire exécuter à sa tête des mouvements de rotation.

Marche. — Terminaison. — Dans certains cas, la marche de cette maladie est plus simple, et les malades guérissent avec une ankylose plus ou moins complète. Il arrive souvent que, dans les déplacements des os, le bulbe se trouve comprimé, principalement par l'apophyse odontoïde. Si cette compression est brusque, la mort est subite; mais si elle est lente, le malade peut s'y habituer, vivre un certain temps, en présentant des symptômes plus ou moins accentués de paralysie. Il n'est pas rare d'observer l'inflammation du bulbe et de ses enveloppes. La mort peut survenir par asphyxie, celle-ci étant causée par un abcès rétro-pharyngien qui soulève le pharynx et comprime l'orifice supérieur du larynx. Enfin, la terminaison funeste peut se montrer, comme dans les autres tumeurs blanches, par infection purulente ou putride, etc.

Diagnostic. — La déformation, l'absence de tout mouvement, la présence des abcès, empêcheront de confondre ces tumeurs blanches avec un simple torticolis. (V. Abcès rétro-pharyngiens, pour le diagnostic de l'abcès.)

Traitement. — En général, on ne réduit pas ces luxations spontanées; on ne serait autorisé à le faire que dans le cas où la compression du bulbe existe et où la mort est imminente. En effet, en cherchant à réduire, on peut amener des déplacements qui n'existaient pas, et tuer le malade.

Le plus souvent on se contente d'appliquer un appareil, *collier*, autour du cou, ou *barre métallique* le long de la colonne vertébrale, avec un cercle également métallique qui fixe la tête sur la colonne vertébrale. Le meilleur appareil est celui qui maintient le mieux dans l'immobilité. C'est ainsi qu'on peut obtenir l'ankylose.

Quant aux abcès, il ne faut les ouvrir que si l'on ne peut pas s'en dispenser, car on les voit quelquefois disparaître spontanément. (V. les leçons de M. Dolbeau.)

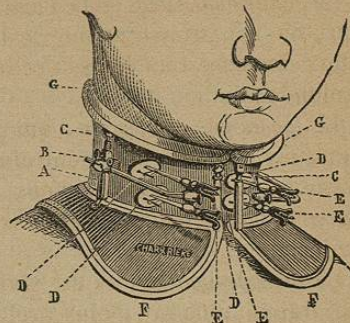


FIG. 3. — Collier destiné à maintenir la tête dans une position fixe, de manière à immobiliser les articulations de la tête avec la colonne vertébrale.

ARTICLE TROISIÈME

VICES DE CONFORMATION DU RACHIS

SPINA-BIFIDA OU HYDRORACHIS.

Examen du malade. — Par l'œil, l'élève constatera, chez un enfant, la présence d'une tumeur, toujours congénitale, occupant ordinairement la région lombaire, tantôt sessile, tantôt pédiculée, lisse, arrondie, et présentant quelquefois une ombilication à sa partie centrale. Par le toucher, il s'assurera qu'elle est molle, fluctuante, réductible. Il la verra s'affaisser pendant l'inspiration, et devenir turgide pendant l'expiration ou les cris de l'enfant.

Définition. — On donne ce nom à une tumeur congénitale liquide siégeant en arrière de la colonne vertébrale, augmentant de volume et de tension pendant les efforts de l'enfant, et formée par la hernie des membranes de la moelle et du liquide céphalo-rachidien, à travers une ouverture de la paroi postérieure du canal vertébral.

Siège. — Le spina-bifida peut siéger sur toute la longueur du rachis; on l'observe surtout à la région lombaire, assez fréquemment à la région sacrée, très-rarement au niveau des vertèbres cervicales ou dorsales.

Anatomie pathologique. — La tumeur est le plus souvent unique; elle est tantôt pédiculée, tantôt sessile; ce dernier cas est le plus ordinaire. Son volume dépasse rarement celui du poing.

Ses enveloppes sont formées par la peau, souvent épaissie, hypertrophiée, surtout à la partie périphérique, et par les méninges rachidiennes; quelquefois la peau fait défaut sur la tumeur, et s'arrête à sa circonférence, où elle se soude avec la dure-mère.

Le contenu est une sérosité transparente, citrine, comme le liquide céphalo-rachidien qui la constitue. L'épanchement peut se développer entre la moelle et ses enveloppes; plus souvent il prend naissance au centre même de la moelle (hydrorachis interne); dans ce cas, les éléments de la moelle, au lieu de rester réunis en un cordon occupant la partie antérieure de la tumeur, se dissocient, s'écartent, s'appliquent sur les parois, avec lesquelles ils contractent des adhérences. C'est cette adhérence de la moelle qui détermine l'ombilication qu'on observe fréquemment au centre de la tumeur.

Le spina-bifida est causé par un arrêt de développement des os pendant la période d'ossification. Il en résulte une ouverture d'étendue variable, due à la division et à l'écartement des lames et des apophyses épineuses, ouverture par laquelle font hernie les enveloppes de la moelle refoulées par le liquide céphalo-rachidien.

Symptômes. — La tumeur est ordinairement sessile, quelquefois pédiculée, rosée et transparente, comme toutes les tumeurs à parois minces, contenant un liquide clair.

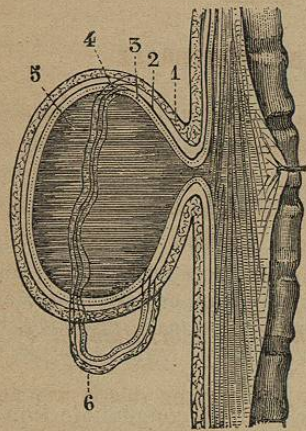


FIG. 4. — Spina-bifida. Tumeur offrant les deux degrés de tension, pendant l'inspiration et pendant l'expiration.

1. Peau. — 2. Dure-mère. — 3. Feuillet pariétal de l'arachnoïde. — 4. Feuillet viscéral. — 5. Liquide céphalo-rachidien contenu dans la tumeur. — 6. Les mêmes membranes lorsque la tumeur est affaissée pendant l'expiration.

distension de la tumeur pendant l'expiration, et sa diminution au moment de l'inspiration (fig. 4).

Terminaison. — On a vu le spina-bifida guérir spontanément, soit par rupture de la tumeur et formation d'une cicatrice, soit par oblité-

ration du pédicule de la tumeur, qui se trouve transformée en un kyste séreux; mais ces cas sont fort rares, et le plus souvent l'enfant maigrit, présente de la paralysie des membres inférieurs et meurt d'épuisement, à moins qu'il ne se produise une perforation spontanée et une inflammation des méninges.

Traitement. — On a traité le spina-bifida par la *compression* de la tumeur, la *ponction*, l'*incision*, le *séton*, l'*excision*, et même les *injections iodées*.

Il faut avouer que les chirurgiens n'ont généralement pas à se louer de leur intervention, et nous dirons, avec Malgaigne, qu'il est tout au plus permis de pratiquer la ponction, comme traitement palliatif, dans les tumeurs volumineuses, mais qu'on ne peut tenter l'excision que dans le seul cas où toute communication avec le canal rachidien a cessé. En somme, le spina-bifida est un vice de conformation qui, dans la plupart des cas, a la mort pour terminaison.

ARTICLE QUATRIÈME

DÉFORMATIONS DU RACHIS

DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

Les *déviations du rachis* sont de simples incurvations anormales de la colonne vertébrale, qui ne résultent ni d'une maladie des vertèbres, ni d'une maladie de leurs moyens d'union.

On en distingue trois espèces: la déviation postérieure, *cyphose*; la déviation antérieure, *lordose*; la déviation latérale, *scoliose*. Elles se montrent principalement chez les jeunes sujets.

1^o Déviation postérieure, *cyphose* ou *excurvation*.

On l'observe surtout à la région dorsale; la colonne décrit une courbe à concavité antérieure.

Anatomic pathologique. — La partie antérieure des vertèbres s'aplatit, de même que la partie correspondante des disques intervertébraux; les ligaments postérieurs de la colonne s'allongent, et les apophyses épineuses s'écartent.

Symptômes. — Il existe une gibbosité; le cou paraît raccourci, la tête enfoncée entre les épaules; le diamètre antéro-postérieur de la poitrine est augmenté.

On ne trouve dans cette déformation aucun autre symptôme qui puisse faire prendre cette déviation pour un mal de Pott ou pour un rachitisme.