

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.

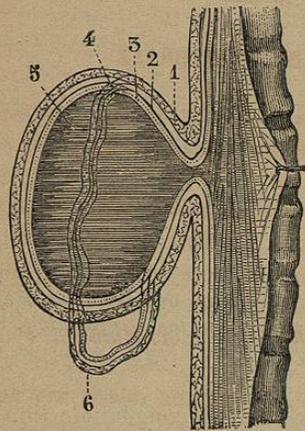


FIG. 4. — Spina-bifida. Tumeur offrant les deux degrés de tension, pendant l'inspiration et pendant l'expiration.

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.

Elle est recouverte par la peau, qui, nous l'avons dit, manque dans certains cas, et qui forme un bourrelet autour de la base de la tumeur. Celle-ci est molle et fluctuante; elle est réductible par la pression; alors la moelle se trouve comprimée, et l'enfant présente des symptômes de paraplégie. Le caractère saillant de cette maladie est l'affaissement et le plissement des parois de la tumeur pendant le repos, tandis qu'elle devient tendue, qu'elle durcit et qu'elle gonfle lorsque l'enfant pousse des cris ou fait un effort quelconque. Du reste, la physiologie du liquide céphalo-rachidien indique parfaitement ce qui se passe dans ces circonstances; on peut constater la 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<sup>o</sup> 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.

**Causes.** — On l'observe chez les jeunes sujets atteints de faiblesse congénitale ou acquise des muscles postérieurs du tronc; quelquefois, à la suite d'une croissance trop rapide ou d'une attitude vicieuse. Elle peut être déterminée par une profession qui exige la flexion permanente du tronc.

2<sup>o</sup> *Déviatiou antérieure, lordose ou incurvation.*

Cette déviation est très-rare, et s'observe le plus souvent à la région lombaire.

Les muscles postérieurs du tronc se raccourcissent, le bassin se renverse, et sa face antérieure regarde en bas. Si la déviation siège au niveau du thorax, les organes thoraciques peuvent être gênés dans leurs fonctions et comprimés entre la colonne vertébrale et le sternum.

Il suffit d'indiquer ce qu'est la déviation pour faire comprendre les symptômes; on l'observe comme courbure de compensation dans la cyphose siégeant à la région dorsale.

3<sup>o</sup> *Déviatiou latérale ou scoliose.*

Cette déviation est plus fréquente que les précédentes.

*Anatomie pathologique.* — Du côté de la concavité de cette courbure, le corps de la vertèbre s'amincit et s'use; les apophyses transverses et articulaires du même côté présentent la même altération. En même temps, les corps vertébraux exécutent un mouvement de demi-rotation, en vertu duquel leur face antérieure se porte du côté de la convexité; les pédicules des vertèbres sont le siège de ce mouvement de torsion. Les ligaments sont rétractés du côté de la concavité et distendus au point opposé. Le thorax forme une saillie du côté de la convexité vertébrale.

**Symptômes.** — L'épaule est plus élevée du côté de la convexité de la courbure latérale, tandis que la hanche du même côté est abaissée. On observe la saillie du thorax déjà indiquée.

La déviation latérale étant surtout *dorsale*, on l'appelle *courbure principale*, par rapport à d'autres *courbures d'équilibre* ou de *compensation*, qui se produisent toujours. Si la convexité dorsale est droite, il y a une convexité gauche dans les régions cervicale et lombaire; lorsque la courbure principale siège à la région lombaire, on a remarqué que la convexité est dirigée le plus souvent du côté gauche, et que la hanche droite est plus saillante.

Les muscles des gouttières vertébrales sont tendus comme des cordes du côté de la concavité; on observe des rides antéro-postérieures au niveau du flanc du côté concave, et la hanche du même côté est plus élevée, tandis que le membre inférieur correspondant présente un raccourcissement apparent.

**Causes.** — Les causes que nous avons indiquées pour la déviation

postérieure déterminent aussi les déviations latérales: ce sont les attitudes vicieuses du tronc qui paraissent jouer ici le plus grand rôle. M. Guérin attribue la plupart des déviations de la colonne à la rétraction musculaire.

On traite toutes ces déviations par la gymnastique, de manière à fortifier les muscles affaiblis et à imprimer au tronc des mouvements principaux en sens inverse de la déviation. L'hydrothérapie et les bains de mer sont aussi recommandés. Lorsque la déviation est très-prononcée, on peut se servir avec avantage de corsets à extension et à compression, mais en surveillant très-attentivement les jeunes malades. Quant aux sections sous-cutanées des muscles, que M. Guérin a tant vantées, elles ne sont pas employées aujourd'hui.