

un jour plus simple, et songer avant tout aux procédés de douceur qui vous feront encore obtenir de sérieux succès.

La malade qui a fait l'objet de cette leçon a été soumise à l'action du chloroforme, et la réduction a été facilement obtenue. Cependant les manœuvres de propulsion de dehors en dedans ayant tout d'abord échoué, M. le professeur Lanelongue a songé à imprimer un mouvement de haut en bas et de dehors en dedans au bord supérieur de l'os. Sous l'influence de cette pression combinée avec la propulsion externe, la réduction s'est brusquement produite.



HUITIÈME LEÇON

Sur un cas de fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.

Observation d'un malade admis à la salle 17.

Signes observés à son arrivée. — Marche progressive des troubles locaux et généraux après une période de calme ayant succédé au traumatisme (résultat d'une hémorragie).

Discussion du diagnostic et du traitement : La compression n'étant pas produite par un os déplacé, mais par du sang épanché, il faut s'abstenir.

MESSIEURS,

Vous avez examiné hier, dans le service, un jeune homme entré la veille pour une lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale et qui a succombé la nuit dernière aux progrès rapides de cette lésion.

L'autopsie sera faite avec soin et je vous montrerai les pièces anatomiques dans la prochaine leçon ; mais je veux, tout d'abord, vous redire l'histoire de ce malade et vous rappeler les phénomènes cliniques que vous avez observés.

C'était un jeune homme de dix-huit ans, bien char-

penté, à la musculature puissante, n'accusant aucun antécédent pathologique.

Le 24 décembre dernier, c'est-à-dire dix-neuf jours avant son entrée à l'hôpital, ce jeune homme tombe à la renverse d'une charrette, sa tête va frapper violemment contre le sol; il perd connaissance. Lorsqu'il revient à lui, une heure après, il éprouve une vive douleur à la partie postérieure de la région cervicale, sa tête est infléchie à gauche, il ne peut la redresser. Il peut, néanmoins, se lever le jour même; il va et vient dans la maison. Pendant dix-sept jours, il vaque aux soins intérieurs du petit ménage de sa sœur qui l'avait recueilli; il ne ressent aucun trouble en dehors de la douleur cervicale et de l'impossibilité de redresser la tête; toutes ses fonctions s'exécutent normalement; il n'a pas de fièvre, son appétit est conservé, son sommeil est bon.

Le dix-septième jour, vers la fin de la journée, sans accident nouveau, sans mouvement brusque, il commence à éprouver quelques fourmillements dans les membres inférieurs qui deviennent lourds, paresseux, et se paralysent le lendemain, en même temps que la vessie et le rectum. Le surlendemain, les mêmes phénomènes d'engourdissement, de lourdeur, et enfin de paralysie, se produisent progressivement aux membres supérieurs; c'est alors que le malade est conduit à l'hôpital.

Nous constatons une paralysie absolue de la sensi-

bilité et de la motilité des quatre membres, tous les réflexes sont abolis; la vessie, distendue par l'urine dont elle est impuissante à s'exonérer, remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis; l'intestin inerte est météorisé; la paroi abdominale flasque ne réagit pas; lorsque nous pratiquons le cathétérisme, l'urine s'écoule en bavant; les muscles pectoraux ne se contractent point; la respiration se fait exclusivement par le diaphragme, l'insensibilité des téguments remonte jusqu'à la racine du cou. L'intelligence est intacte, la déglutition se fait bien; le malade répond facilement aux questions qui lui sont adressées. Notons encore que la verge est en demi-érection, que la face est le siège de troubles vaso-moteurs se traduisant par la rougeur de ses téguments, par l'injection des conjonctions, par une sueur assez abondante au voisinage du nez, que les pupilles sont resserrées; et l'ensemble de ces constatations nous laisse déjà supposer que nous sommes en présence d'une lésion qui a porté ses effets sur la moelle, dans le voisinage du point que Budge a désigné sous le nom de *centre cilio-spinal*.

Cependant, il n'y a pas de modifications notables du pouls ni des battements du cœur; la température tend à s'élever.

Ces différents troubles fonctionnels qui ont presque la valeur d'une expérience physiologique nous invitent à explorer la colonne cervicale vers laquelle d'ailleurs la douleur accusée par le malade appelle

toute notre attention. En découvrant cette région, alors que le malade est couché la tête enfoncée dans son oreiller, nous remarquons que le larynx semble légèrement porté en avant, que la tête est sensiblement infléchie à gauche, mais que le patient peut spontanément lui faire exécuter des mouvements de rotation, très limités sans doute, mais appréciables. Nous le faisons asseoir sur son lit avec les plus grandes précautions exigées par le siège et la nature probable de la lésion et aussi par la crainte instinctive du malade qui a la sensation que sa tête va lui échapper.

Dans cette nouvelle attitude, l'inflexion et la rotation à gauche sont bien plus accentuées; la colonne cervicale présente, vers sa partie moyenne, une profonde concavité à gauche, une convexité considérable à droite. En explorant la série des apophyses épineuses, nous retrouvons, dans leur situation normale, l'arc postérieur de l'atlas, les apophyses épineuses de l'axis, de la troisième et des cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales. Seule, la saillie de la quatrième cervicale n'est pas à sa place; une brusque et profonde dépression la remplace et nous la retrouvons, faisant relief vers la gouttière vertébrale droite. Le doigt, porté dans le pharynx et recourbé en bas, rencontre au même niveau une légère saillie, correspondant à la moitié droite du corps de cette même quatrième cervicale.

Dans ces différentes explorations, nous ne constatons pas de crépitation.

De cet ensemble de signes, Messieurs, que devons-nous conclure? Il me semble que la saillie pharyngienne, le déplacement de l'apophyse épineuse de la quatrième cervicale, coïncidant avec une dépression à gauche et une voussure à droite, dans les points qui correspondent aux apophyses articulaires de cette même vertèbre, doivent vous faire admettre une luxation de la quatrième vertèbre cervicale, non pas une luxation complète, mais une *luxation unilatérale incomplète*. J'ajoute que ce déplacement s'est produit au moment même où notre jeune malade est tombé sur l'occiput, c'est-à-dire dix-neuf jours avant son entrée à l'hôpital.

C'est à cette époque, en effet, que remontent la déformation et l'attitude vicieuse qui ont suivi immédiatement l'accident et qui depuis ce jour ne se sont pas démentis. Comment se fait-il donc, me direz-vous, que ce jeune homme ait pu, pendant dix-huit jours, avec une luxation vertébrale, aller et venir, s'occuper dans sa maison, n'éprouver enfin aucun trouble dans les fonctions médullaires? Je vous répondrai en vous faisant remarquer que le canal rachidien est, à la région cervicale, beaucoup plus ample que la moelle n'est volumineuse et que par conséquent, si, dans une luxation cervicale complète amenant un déplacement considérable des surfaces osseuses, la moelle doit être

immédiatement et fatalement comprimée, elle peut, dans une luxation incomplète, échapper à cette compression.

Or, nous n'avons chez notre malade qu'un déplacement unilatéral de la quatrième vertèbre cervicale qui a subi une sorte de mouvement de rotation sur place, ne diminuant pour ainsi dire pas le calibre du canal rachidien ; il ne faut donc pas être surpris que, pendant dix-huit jours, les fonctions médullaires n'aient pas été troublées. Ce fait, d'ailleurs, Messieurs, est loin d'être unique. Je me rappelle avoir observé, pendant mon internat, un petit jeune homme qui, à la suite d'une chute sur la tête ressentit dans le cou une vive douleur accompagnée aussitôt d'une attitude vicieuse. Pendant huit ou dix jours, il allait et venait sans éprouver aucun autre trouble et c'est uniquement en raison de la persistance de cette déformation que son père se décida à le conduire à l'hôpital. Les chirurgiens qui l'examinèrent constatèrent une luxation unilatérale incomplète de l'une des vertèbres cervicales, la quatrième aussi si j'ai bonne mémoire ; mais l'absence de tout trouble fonctionnel autre que l'inclinaison latérale de la tête les décida à ne faire aucune tentative de réduction. Le père de l'enfant se retira peu satisfait, et tout aussitôt il se rendit en ville chez un rebouteur bien connu. Ce chevalier... d'industrie qui, s'il n'était pas sans reproche, était au moins sans peur, n'hésita pas à exercer des manipulations vigou-

reuses sur le cou de cet enfant, et... *crac*, il le redressa.

Rappelez-vous encore ce malade, mon ancien maître de dessin au collège, qui est venu échouer dans mon service, où il a succombé l'année dernière à une vieille affection des voies urinaires. Il avait, lui aussi, une ancienne luxation de la quatrième vertèbre cervicale, bien appréciable à l'exploration, et qui n'avait entraîné, pendant trente ans, qu'une déformation persistante de la région cervicale, sans perturbation des fonctions de la moelle. — En voilà assez pour vous démontrer, Messieurs, que l'histoire de notre jeune malade n'a rien d'exceptionnel, et que l'intégrité de la moelle n'est pas incompatible avec un déplacement partiel de certaines vertèbres cervicales.

Et maintenant, pourquoi, dix-huit jours après l'accident, les choses se sont-elles modifiées ? Quel est l'incident nouveau qui s'est produit ? On ne saurait, ce me semble, incriminer un déplacement secondaire qui aurait brusquement amené une compression complète de la moelle. L'interrogatoire de notre jeune malade révèle qu'il n'a subi aucune nouvelle violence, qu'il n'a fait aucun mouvement brusque susceptible de compléter le déplacement, et que la déformation cervicale n'a pas varié depuis le jour de l'accident. Nous ne pouvons pas songer davantage à une inflammation de la moelle et de ses enveloppes. Il n'y a jamais eu de fièvre, jamais de crampes, de douleurs fulgurantes, ni de contracture.

Si vous vous rappelez les détails de la marche de la paralysie qui n'est pas survenue brusquement le dix huitième jour, mais s'est développée progressivement, quoique avec assez de rapidité, pour frapper successivement et pour ainsi dire par tranches, les quatre membres, de façon à se compléter dans l'espace de quatre jours, ne serez-vous pas obligés de conclure avec moi que l'interruption *progressive* des fonctions de la moelle ne peut être imputée qu'à une cause agissant elle-même sur cet organe d'une façon progressivement ascensionnelle. Or, je ne connais, dans l'espèce, qu'une hémorrhagie capable d'entraîner ce résultat. Je ne pense pas que cette hémorrhagie ait été fournie, comme dans l'exemple cité par Lassus, par l'artère vertébrale, dont la paroi, comprimée par la vertèbre déplacée, aurait pu se mortifier et donner, à la chute de l'escarre, un écoulement sanguin intrarachidien. Le calibre de cette artère est trop considérable pour que l'hémorrhagie qu'elle aurait pu fournir n'eût pas entraîné une paralysie plus rapide. Il me paraît plus vraisemblable que le sang a dû provenir de l'un de ces nombreux vaisseaux qui forment le plexus intra-rachidien. Quoi qu'il en soit, c'est ce sang épanché peu à peu et secondairement qui a comprimé progressivement la moelle et qui a entraîné la mort lorsque, remontant au-dessus de la vertèbre déplacée, il a compromis définitivement les fonctions du nerf diaphragmatique.

En présence de ces troubles profonds, je me suis demandé si je devais intervenir. Il est probable que je me serais décidé, si la paralysie avait suivi immédiatement le traumatisme. Dans ces conditions, en effet, la vie est directement et si promptement menacée, qu'il vaut encore mieux faire courir au malade les chances d'une tentative de réduction. Si celle-ci réussit, les accidents se calment immédiatement; mais il faut savoir aussi que, pendant les manœuvres, la mort peut se produire subitement. Vous devrez donc toujours, en pareil cas, prévenir l'entourage de la possibilité d'un accident subit et, votre responsabilité ainsi mise à couvert, vous procédez aux tentatives de réduction avec la plus extrême douceur.

Chez notre malade, cette pratique n'était pas indiquée, puisque la compression de la moelle n'était pas produite par la vertèbre déplacée. L'hémorrhagie intrarachidienne étant admise comme cause de ces accidents retardés, je me suis demandé si la trépanation du rachis ne devait pas être faite; mais j'ignorais l'étendue de cette hémorrhagie et je connaissais d'autre part les résultats désastreux fournis par la trépanation des lames vertébrales; aussi, m'a-t-il paru plus sage, et véritablement plus chirurgical, de m'abstenir.

