

NEUVIÈME LEÇON

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

Explications nécessaires sur une erreur de diagnostic commise dans la précédente leçon.

Il ne s'agit pas d'une luxation de la quatrième vertèbre cervicale comme paraissent le démontrer les signes observés.

Pièces anatomiques. — L'épanchement de sang soupçonné existe en effet, très abondant. — Fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.

Causes de l'erreur commise. — Comparaison avec d'autres faits analogues.

MESSIEURS,

Dans ma dernière leçon, je me suis efforcé de vous démontrer que le jeune malade, dont je vous présente aujourd'hui les pièces pathologiques, avait succombé aux suites d'une luxation de la quatrième vertèbre cervicale. Or, examinez les pièces que je vous sou mets et vous constaterez que la quatrième vertèbre cervicale

est parfaitement intacte et bien en ligne, que ses surfaces articulaires n'ont subi aucun déplacement, que ses ligaments ne sont ni déchirés, ni distendus, qu'elle n'offre enfin aucune trace de violence. Mais, en revanche, vous apercevez des lésions graves du côté des deux premières vertèbres cervicales. L'atlas présente une double fracture dont le trait, coupant en diagonale l'anneau formé par cette vertèbre, divise l'arc antérieur à gauche de la ligne médiane et l'arc postérieur à un centimètre en arrière de la masse latérale droite. Cette fracture, très finement dentée, ne s'accompagne d'aucun déplacement, le périoste intact maintient les fragments. Plus bas, vous voyez l'apophyse odontoïde séparée à sa base du corps de l'axis; mais cette apophyse est exactement retenue, dans sa situation normale, par l'intégrité absolue des ligaments odontoïdiens et du ligament transverse; vous ne constatez, enfin, aucune trace de déchirure sur les nombreuses et puissantes pièces ligamenteuses qui unissent ces deux vertèbres entre elles ou qui les rattachent à l'occipital. Un épanchement considérable remplit le canal rachidien jusqu'au niveau de l'axis; l'artère vertébrale n'est pas lésée; ni la moelle, ni le bulbe, ne sont altérés. C'est bien l'épanchement sanguin qui a déterminé la mort lorsqu'il est arrivé assez haut pour comprimer les branches originelles du nerf diaphragmatique et suspendre la respiration. C'est, en définitive, le seul point du diagnostic qui se trouve

confirmé par l'autopsie; tout le reste n'était qu'une erreur.

Et maintenant, Messieurs, je dois me demander s'il était possible de reconnaître, pendant la vie, la lésion telle que l'autopsie nous la montre; je m'expliquerai ensuite sur les causes qui ont entraîné une erreur d'interprétation.

Rappelez-vous que les mouvements de rotation de la tête, soit spontanés, soit provoqués, étaient possibles et que, dans leur exécution, aucun craquement n'était perçu ni par le malade ni par nous-même. Or, l'apophyse odontoïde est le pivot autour duquel s'exécute ce mouvement de rotation; la persistance de ce mouvement doit donc, en saine physiologie, indiquer théoriquement l'intégrité de cette apophyse. Comment pouvions-nous supposer que cette intégrité n'était que factice par suite de la non déchirure des ligaments qui ne permettaient ainsi aucun déplacement? Et, de fait, dans les observations analogues à la mienne, la lésion n'a jamais été reconnue qu'à l'autopsie; dans celles où la fracture de l'apophyse odontoïde a coïncidé avec une rupture ligamenteuse, un déplacement s'est toujours produit, lequel a déterminé une compression du bulbe et la mort presque immédiate.

Quant à la double fracture de l'atlas, elle ne s'accompagnait, elle non plus, d'aucun déplacement; le périoste étant intact, les mouvements d'élévation et d'abaissement de la tête étaient possibles, la pression

sur l'arc postérieur ne produisait ni douleur ni crépitation; nous manquions donc de tous les éléments qui auraient pu nous la faire reconnaître.

Mais comment cette double fracture, si elle pouvait, si elle devait presque fatalement être méconnue, a-t-elle pu nous induire en erreur et nous faire croire à une luxation de la quatrième cervicale?

La dépression brusque qui existait dans le point où se trouve ordinairement l'apophyse épineuse de cette vertèbre, la présence de cette dernière au centre de la gouttière vertébrale droite, la saillie pharyngienne, l'inflexion latérale du cou persistante et invincible, étaient pourtant des faits bien saisissants et qui semblaient ne pas pouvoir tromper; pourquoi donc, n'étaient-ils, en réalité, qu'une simple illusion? Une seule interprétation me paraît plausible; il faut admettre, je crois, qu'une contracture musculaire du cou a pu produire les apparences d'un déplacement vertébral. La douleur produite par la fracture a déterminé cette contraction musculaire réflexe, instinctive, destinée à immobiliser les fragments.

Il s'est produit là un phénomène analogue à celui qui, dans la coxalgie, amène la déviation du bassin qui en a si longtemps imposé à nos pères pour une véritable luxation de la hanche. Dans le pied-bot, qu'il soit paralytique, qu'il soit spasmodique, ne voyons-nous pas aussi se produire des attitudes vicieuses du pied qui finissent à la longue par mettre

en relief certaines saillies osseuses comme dans les déplacements véritables?

Une observation de Vanderpool ressemble de tous points à la mienne. Un jeune homme fait une chute sur la nuque; il se relève avec une déformation de la partie moyenne de la région cervicale, des douleurs, puis plus tard de la paralysie. La déformation persiste, on craint une fracture de la quatrième cervicale avec déplacement latéral.

Six mois plus tard, le malade succombe et on trouve, à l'autopsie, une fracture de l'apophyse odontoïde avec conservation de tous les ligaments. La quatrième vertèbre incriminée n'était ni fracturée, ni luxée. La contracture musculaire en avait imposé.

Je n'insiste pas plus longtemps, Messieurs, j'ai plaidé peut-être trop longuement les circonstances atténuantes en faveur de mon erreur de diagnostic. Je ne veux pas l'excuser; j'ai voulu simplement l'expliquer afin que, prévenus, vous soyez mieux en mesure d'éviter une erreur semblable.

