

Il sera très facile de faire cesser la compression médullaire lorsque le mal de Pott sera postérieur, c'est-à-dire lorsqu'il siège sur les apophyses épineuses ou les lames. Nous ne nous occuperons pas du traitement des abcès froids ossifluents.

Tout récemment la thérapeutique chirurgicale du mal de Pott s'est enrichie de nouvelles méthodes.

Le 22 décembre 1896, Calot (de Berck¹) a proposé le *redressement brusque* des gibbosités, avec ou sans résection préliminaire des apophyses épineuses.

En janvier 1897, Chipault² a donné lecture d'un mémoire sur le traitement des gibbosités par les ligatures apophysaires. Il a présenté à l'Académie de médecine des malades opérés et guéris depuis trois ans et demi.

Malgré les expériences de Ménard³, les communications de Brun, Broca, Michaux, Poirier à la Société de chirurgie⁴, il ne nous est pas permis de juger ces nouvelles méthodes et nous prions le lecteur de vouloir bien consulter le remarquable rapport de Monod⁵ à l'Académie de médecine.

Il nous paraît inutile d'insister sur le traitement du cancer rachidien. C'est un cancer secondaire, contre lequel la chirurgie est impuissante.

B. — AFFECTIONS TRAUMATIQUES.

1° Fractures.

Les fractures de la colonne vertébrale peuvent déterminer de la compression de la moelle. Dans ce cas, le malade devra d'abord être immobilisé dans un des appareils déjà indiqués. On surveillera la peau, afin d'éviter la production des escarres (soins de propreté, matelas d'eau). On pratiquera le cathétérisme vésical avec une extrême douceur et en suivant strictement les règles de la méthode antiseptique. Si les urines

1. CALOT. — *Académie de médecine*, 22 déc. 1897.

2. CHIPAULT. — *Académie de médecine*, 1 janv. 1897.

3. MÉNARD. — *Académie de médecine*, 11 mai 1897.

4. Voir : *Société de chirurgie*, 12 mai 1897.

5. MONOD. — *Académie de médecine*, 8 juin 1897.

deviennent ammoniacales, on lavera la vessie. On combattra par des lavements la constipation, et la distension de l'intestin par des gaz.

Lorsqu'il existe un déplacement considérable, et qu'on est en droit de penser qu'un fragment osseux déterminé des troubles médullaires, il faut faire la réduction. On peut pour cela employer plusieurs méthodes.

1° L'*extension continue* exercée sur le bassin, la contre-extension étant faite au niveau des aisselles. C'est la réduction lente.

2° La *réduction brusque* est préférable, mais c'est un moyen d'application difficile, qui ne sera utilisable que dans un petit nombre de cas.

3° La réduction au moyen de la *suspension* avec l'appareil de Sayre et contention des fragments par le *corset plâtré* (Koenig, Wagner, Reynier).

4° La *trépanation du rachis* n'a pas encore donné, dans le cas de fractures du rachis, de très bons résultats. Le manuel opératoire n'est pas, dans ce cas, différent de celui que nous avons déjà indiqué. Les laminectomies permettront aussi d'enlever les corps étrangers (esquilles, projectiles).

La réduction au moyen de l'appareil de Sayre a fourni des succès. On a noté quelques accidents, la syncope en particulier.

2° Luxations.

En présence d'une luxation du rachis déterminant des troubles médullaires, il faut tenter la *réduction* quelle que soit la vertèbre luxée. Dans plusieurs cas la mort est survenue pendant les tentatives de réduction; mais, par suite du grand nombre des succès obtenus, on ne peut invoquer ces échecs en faveur de la non-intervention.

Pour les luxations des vertèbres lombaires, le traitement est le même que celui des fractures.

Petit et Heister¹ ont formulé des règles pour la réduction

1. Voir KOENIG. — *Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, traduit par Comte, 1889, p. 862.

des luxations dorso-lombaires. « Le premier de ces deux chirurgiens faisait coucher le malade de façon que le ventre s'appuyait sur un cylindre formé d'un drap roulé placé en travers du lit; Heister, au lieu de ce cylindre, plaçait sous le ventre du blessé un tonneau ou un chaudron, puis il faisait exercer par des aides des pressions sur les deux extrémités du corps, dans le but de produire aussi un écartement des vertèbres. » Une fois l'allongement obtenu, le chirurgien presse sur la vertèbre luxée la plus inférieure, là où le rachis fait le plus fortement saillie, puis il élève rapidement la partie supérieure du corps; souvent alors la vertèbre luxée reprend sa place normale.

Quant aux déplacements des cinq dernières cervicales, qui sont les plus fréquents, on pourra tenter, outre les procédés divers d'extension, celui de Malgaigne. Relever la tête en retenant le tronc par les épaules, et, lorsque l'extension paraît suffisante, l'attirer en arrière, tandis qu'avec le genou on repousse en avant la portion inférieure de la colonne cervicale. Les procédés seront un peu différents suivant la variété de luxation. Leur étude nous obligerait à faire l'histoire complète des luxations de la colonne vertébrale.

Le *traitement opératoire*, auquel il faudra avoir recours si l'on n'a pas réussi par les autres méthodes, est connu depuis longtemps. Fabrice de Hilden écrivait en 1550 :

« On peut faire une incision allant jusqu'à l'apophyse descendante de la vertèbre, puis la prolonger sur ses faces droite et gauche, pour avec des griffes à cet effet tirer et réduire. » Ce procédé, repris par Verduc, Louis, Malgaigne, Lampiasi et Laplace, semble surtout indiqué dans les luxations cervicales. La ligature des apophyses épineuses, des pédicules, des apophyses transverses, la ligature interlaminaire rendront de grands services si la luxation a une tendance à se reproduire.

Tels sont, envisagés dans une vue d'ensemble, les divers agents de compression médullaire. Les moyens de les combattre sont nombreux, ils sont d'ordre médical et chirurgical.

Autrefois le traitement médical, la méthode révulsive sous toutes ses formes, était opposée à la congestion. Il semble aujourd'hui que, dans ce chapitre comme dans beaucoup d'autres, la chirurgie, envahissant le domaine de la médecine, occupe une place prépondérante.