

membres inférieurs et de la vessie, indiquaient assez qu'il existait à la colonne vertébrale une solution de continuité avec déplacement.

Le cinquième et le sixième jour de l'accident, la paralysie s'étendit jusqu'au membre supérieur gauche; les mouvements de celui du côté droit devinrent lents et incertains. Le septième, la respiration devint plus difficile, ne s'exécuta plus que par le diaphragme, et le malade périt asphyxié par l'interruption successive des phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration.

**Autopsie.** — A l'ouverture de son corps, faite sous nos yeux par le docteur Calabre, on trouva brisées les apophyses transverses et articulaires de la dernière vertèbre dorsale et des deux vertèbres lombaires suivantes.

Les corps de la dernière vertèbre dorsale et de la première vertèbre lombaire, séparés de leurs apophyses et du corps de la deuxième vertèbre lombaire, avaient passé au devant de cette dernière et faisaient en avant un chevauchement de plus d'un pouce. La moelle épinière était lacérée, les piliers du diaphragme déchirés, une large ecchymose enveloppait toute la circonférence de la colonne vertébrale. Un examen attentif des vertèbres qui avaient subi le déplacement fit découvrir, non une fracture de leurs corps, mais une déchirure de leur substance intervertébrale, qui dans un point seulement avait arraché une couche très-mince de la vertèbre lombaire.

**Observation N.** (T. 8. *Bibl. méd.*) — Une femme (Jeanne Baboton), âgée de 56 ans, d'une stature élevée et d'un grand embonpoint, fit, en descendant un escalier le soir, une chute à la renverse, et tomba violemment sur la partie postérieure et inférieure du cou, qui heurta contre le bord d'une marche.

La malade fut relevée vingt degrés plus bas, privée du mouvement et du sentiment dans presque toutes les parties situées au-dessous du cou. Elle souffrit beaucoup, toute la nuit, de la partie inférieure de cette région, et fut tourmentée d'une soif ardente; elle n'eut aucune évacuation.

Le lendemain matin, la malade fut transportée à l'Hôtel-Dieu: elle éprouvait alors de vives douleurs au bas de la région cervicale, qui augmentaient encore par le plus léger contact et au moindre mouvement qui lui était imprimé. La tête et le cou étaient inclinés en avant et un peu à droite; la partie postérieure du cou était déprimée, et la partie supérieure du dos saillante. Il y avait perte totale de la sensibilité dans les membres inférieurs: le rectum, la vessie, les parois de l'abdomen, tout semblait frappé de mort jusqu'au diaphragme. Au-dessus de ce point les membres thoraciques étaient encore atteints d'une paralysie incomplète du mouvement et du sentiment. La respiration était fréquente et laborieuse; mais la voix, les sens, les mouvements de la face et les facultés intellectuelles n'avaient éprouvé aucune altération et semblaient appartenir à un autre individu. D'ailleurs le pouls était développé et mou; la langue aride et un peu brunâtre, la peau dans l'état naturel sous le rapport de l'exhalation et de la chaleur vitale; il était facile, d'après ces symptômes, de juger qu'il y avait une affection très-grave de la moelle de l'épine, causée par une solution de continuité de la colonne vertébrale avec déplacement. Dans cet état, la malade fut saignée du bras et la respiration sembla meilleure, la soif moins vive et la langue moins sèche; cependant il était facile de juger que la malade ne tarderait pas à périr; en effet, dans la nuit suivante la respiration devint stertoreuse, la parole difficile, la face livide et vultueuse, et la malade, dont les fonctions intellectuelles restèrent intactes pendant tout ce temps, périt le matin 34 heures après son accident.

**Autopsie.** — A l'ouverture de son corps, faite sous nos yeux par M. le docteur Pouqueville, on observa une ecchymose et des sigillations bleuâtres à la partie postérieure du cou; une saillie en arrière de la partie supérieure de la colonne dorsale et une autre en sens opposé de la colonne cervicale. Le tissu cellulaire et les muscles subjacents étaient baignés de sang. Les parties intermédiairement appliquées à la colonne cervicale étaient détruites et laissaient voir à nu les apophyses articulaires supérieures de la septième vertèbre cervicale; tandis que la sixième vertèbre de cette région était repoussée à un demi-pouce au-devant de la dernière.

On voyait dans l'intervalle de ces deux os, la moelle de l'épine tendue d'arrière en avant et de haut en bas, aplatie et comprimée sur le corps de la septième vertèbre cervicale.

La colonne vertébrale examinée antérieurement, offrait une saillie très-remarquable de toute l'épaisseur du corps de la sixième vertèbre cervicale; cette saillie était environnée de sang. Les ligaments antérieurs de la colonne vertébrale étaient détruits et le pharynx déchiré.

La colonne cervicale ayant été soigneusement détachée, on trouva déchirés les ligaments jaunes et les sur-touts ligamenteux antérieur et postérieur, ainsi que la substance intervertébrale qui unit la sixième et la septième vertèbre cervicale. Cette substance était déchirée de manière que les deux tiers de son épaisseur étaient restés adhérents à la septième vertèbre, tandis que la sixième en avait retenu un tiers seulement.

A l'examen particulier des vertèbres qui avaient souffert le déplacement, on vit que la septième cervicale était entière dans toutes ses parties; que le sommet de l'apophyse épineuse était légèrement entamé ainsi que le bord de ses apophyses articulaires inférieures.

Toutes les articulations des vertèbres cervicales situées au-dessus de la luxation étaient dans l'état ordinaire; celle de la septième vertèbre cervicale avec la première dorsale présentait une mobilité beaucoup plus grande que de coutume.

On n'observa aucune autre altération organique dans le cadavre de cette femme, qui n'avait pas cessé de jouir d'une bonne santé jusqu'au moment de la chute qui occasionna sa mort.

L'observation suivante se distingue de la plupart de celles de ce genre, par l'extrême rapidité avec la-

quelle la mort survint après la luxation; les tentatives de réduction qui furent pratiquées ne rendraient-elles pas compte de la circonstance qui vient d'être indiquée?

**Observation O.** — *Luxation d'une vertèbre cervicale, par W. Gaitskell.* — Madame C., âgée de 60 ans, ayant monté quelques degrés d'un escalier, dans l'obscurité, et faisant des efforts pour ouvrir la porte d'une chambre, perdit l'équilibre et tomba à la renverse. Elle se luxa la septième vertèbre cervicale. Le docteur Gaitskell trouva la malade couchée sur le dos, ayant une paraplégie de toutes les parties situées au-dessous de la poitrine, avec une sensation de frémissement singulier dans les bras, qui devenait douloureuse surtout à l'extrémité des doigts. Les muscles des deux bras étaient paralysés incomplètement. En examinant le lieu de la lésion, ce qui était très-difficile, à cause de la vive douleur que la malade éprouvait et à cause de la perte des mouvements volontaires, on trouva une cavité profonde correspondant à la place qu'occupe la septième cervicale, ce qui porta à penser que cette vertèbre était luxée. On essaya, mais en vain, de pratiquer la réduction au moyen de l'extension du cou.

La malade fut saignée largement, on lui fit de fortes applications de sangsues. On lui administra, mais sans aucun résultat, les purgatifs. La vessie fut évacuée au moyen du cathéter. L'insensibilité de la peau était telle, que les corps mis en contact avec elle ne produisaient pas la plus légère sensation. Mais au-dessous du diaphragme, l'insensibilité était moins prononcée. Elle respirait librement; le cœur donnait 70 pulsations, et l'œsophage remplissait ses fonctions, mais d'une manière imparfaite. La voix, altérée dès le commencement, s'éteignit rapidement. Au bout de trois heures, l'articulation des sons était impossible, et la malade devenue insensible, mourut après une agonie progressive, au bout de neuf heures.

**Autopsie.** — La septième vertèbre cervicale était déplacée sans fracture; les muscles de la partie postérieure du cou étaient largement déchirés; les ligaments étaient complètement rompus, et il y avait un épanchement sanguin considérable. (*Lond. repository*, t. 15, p. 282.)

L'observation qu'on va lire serait unique dans son genre, si, comme l'admet le chirurgien qui l'a publiée, elle était le résultat de l'action musculaire; mais, malgré la vraisemblance que donne le récit du malade à la supposition que l'action musculaire aurait à elle seule produit la luxation dans le cas présent, nous ne regardons pas comme démontrée la possibilité de ce genre de cause; il est possible que la tête ait porté contre terre en même temps que les muscles redressaient fortement le cou.

**Observation P.** — *Fracture d'une vertèbre cervicale par la contraction musculaire, par Reveillon*, chirurgien de l'hôpital de Maubeuge. — Un soldat, bon nageur, se précipite la tête la première, et comme pour plonger, dans la Sambre; ses camarades, le voyant se débattre quelques minutes, n'en prennent aucune inquiétude, croyant d'abord qu'il plaisante; mais remarquant ensuite qu'il ne fait plus aucun mouvement, ils se hâtent de le retirer, et des secours lui sont prodigués. Rappelé à la vie, on reconnaît qu'il n'a ni fracture, ni luxation d'aucun membre; mais ceux-ci sont paralysés; le malade ne peut soutenir sa tête; la peau est insensible; une douleur aiguë se fait sentir à la partie postérieure et inférieure du cou, mais sans trace de lésion à l'extérieur; le malade est dans un état de priapisme, et a de fréquentes envies d'uriner; il raconte qu'ayant reconnu, au moment où il plongeait, que la rivière avait peu de profondeur, il avait brusquement porté sa tête en arrière pour éviter qu'elle ne vint heurter le sol, et que, de ce moment, il avait perdu connaissance. A l'aide de frictions sèches, d'embrocations huileuses chaudes, d'infusions diaphorétiques nitrées chaudes, de bains chauds, on obtint d'abord quelque soulagement; le priapisme cesse, l'excrétion urinaire se fait bien, la paralysie des membres semble un peu diminuer; le soir, survient du délire, et le malade meurt dans la nuit. A l'ouverture du corps, on trouve les méninges d'un rouge vif; les vaisseaux du cerveau injectés; une infiltration sanguine autour de la colonne vertébrale; le canal rachidien, en dehors de la dure-mère, plein de sang; cette membrane et la moelle épinière sont dans une complète intégrité; enfin, une fracture du corps de la cinquième vertèbre cervicale en travers, un peu au-dessous du milieu de sa hauteur, de sorte que les deux lames de cette vertèbre sont séparées des masses latérales. La pièce pathologique est jointe à l'observation. (*Archives générales de méd.*, t. 13, p. 449.)

C. LUXATIONS SPONTANÉES DE L'ATLAS ET DE L'AXIS SUIVIES D'ANKYLOSES. — Quoiqu'il soit bien démontré que les maladies désignées à tort sous le nom de luxations spontanées, sont des affections d'une nature particulière, et qui ne se rattachent aux luxations proprement dites, que par un seul de leurs symptômes, tandis qu'elles en diffèrent essentiellement sous les rapports les plus importants, nous avons cru pouvoir conserver dans cette note quelques faits curieux rapportés dans le mémoire de M. Lawrence, sous le titre de *luxations spontanées de l'atlas et de l'axis suivies d'ankyloses*.

**Observation Q.** — Le sujet de cette observation avait de 5 à 7 ans; il fut atteint d'une maladie que l'on considéra comme une hydrocéphale. Cette affection existait depuis quelque temps, quand il se développa sur le côté du cou, une tumeur contenant évidemment un liquide. Elle augmenta peu à peu, et acquit un volume assez considérable; une compression exercée sur cette tumeur agissait sur le cerveau et déterminait un état comateux, circonstance qui fit supposer que le liquide de la tumeur communiquait avec celui dont on avait supposé l'existence dans les ventricules. L'enfant remuait la tête avec précaution et lentement, la soutenant sur les côtés avec ses mains. Après un long espace de temps, ces symptômes diminuèrent peu à peu, et disparurent enfin complètement en même temps que la tumeur du cou. A aucune période de la maladie, il n'y eut d'interruption ou de diminution de la sensibilité ou de la mobilité volontaire, et le réta-



blissement de la santé et de l'agilité devint tel que l'enfant put marcher et courir, et se livrer aux jeux de son âge. Rien dans la position de la tête n'attira l'attention d'une manière particulière. Après un certain laps de temps, les vertèbres dorsales devinrent malades, et il se manifesta une flexion de la colonne vertébrale en avant, avec formation d'un abcès volumineux des lombes. L'enfant succomba à cette dernière affection, il était alors dans sa douzième année.

*Autopsie.* — La tête fut examinée pendant les plus grandes chaleurs de l'été de 1826. Le cerveau était devenu si mou, qu'il était impossible d'en apprécier l'état anatomique. La base du crâne présentait une saillie osseuse située au côté droit et en avant du trou occipital; cette saillie était recouverte et égalisée par la dure-mère, et on ne tarda pas à s'apercevoir que ce devait être l'apophyse odontoïde de la deuxième vertèbre. Lorsque les parties eurent été complètement détachées par la macération, on trouva un déplacement considérable de l'occiput, de l'atlas et de l'axis, et une consolidation très-ferme de ces os dans leurs nouveaux rapports par suite de la soudure osseuse complète de plusieurs articulations. Il y avait une luxation incomplète de l'atlas à gauche, et une légère projection de la même vertèbre en avant et en haut. De telle sorte, que la moitié droite et postérieure de l'anneau osseux interceptait une portion considérable du canal vertébral; le tubercule antérieur de cette vertèbre correspondait au côté gauche de l'apophyse basilaire; l'extrémité de l'apophyse transverse du côté gauche débordait, de trois quarts de pouce, celles des deux vertèbres suivantes; tandis que les apophyses transverses droites de ces vertèbres débordaient d'un quart de pouce l'apophyse correspondante de l'atlas. Une portion considérable de la moitié droite de l'atlas, et comprenant les surfaces par lesquelles elle s'articule avec l'occiput, avait été détruite par résorption. Une partie de l'apophyse transverse et le canal sur lequel s'applique l'artère vertébrale droite étaient pareillement détruits. L'axis était complètement luxée sur l'atlas, de telle sorte, que sa portion gauche interceptait environ un tiers du canal vertébral, et que l'apophyse odontoïde pénétrait de toute sa longueur dans la cavité du crâne à la partie antérieure du trou occipital, tout près du trou condylien antérieur droit. Tandis que dans la position normale des parties, le sommet de l'apophyse odontoïde dépasse à peine en haut le niveau de l'articulation atloïdienne, ici elle se trouvait à un pouce au-dessus du même niveau, et faisait saillie dans la cavité du crâne dans une longueur de cinq à six huitièmes de pouce. Le déplacement latéral n'était pas moins étendu. La distance qui séparait le trou condylien antérieur gauche du milieu de la base de l'apophyse odontoïde, était de sept huitièmes de pouce, tandis que la distance entre les mêmes parties du côté droit ne s'élevait qu'à deux huitièmes de pouce.

Il est bien surprenant que la compression directe de cette saillie osseuse sur la surface antérieure de la moelle allongée n'ait causé aucune paralysie, lors même qu'on a égard à la manière graduelle dont cette saillie s'est formée. Le nerf hypoglosse droit et l'artère vertébrale ont dû aussi avoir été considérablement altérés dans leur trajet.

Les corps de la seconde et de la troisième vertèbre étaient déplacés à droite, de telle sorte, qu'une ligne qui aurait passé par leur centre, et qui aurait été prolongée supérieurement, serait venue tomber sur le bord droit de l'apophyse basilaire; le tubercule de l'arc antérieur de l'atlas correspondait au côté gauche du corps de ces vertèbres.

Le condyle occipital droit, les restes de l'apophyse transverse droite de l'atlas; la surface articulaire inférieure de l'axis, et le côté droit de la base de l'apophyse odontoïde étaient ankylosés de manière à ne former qu'une seule masse osseuse.

Le condyle occipital gauche était partiellement soudé avec l'atlas; la surface articulaire gauche de l'axis, son apophyse transverse et celle de la troisième vertèbre étaient soudées avec la même pièce; les apophyses articulaires de l'axis et de la troisième vertèbre étaient également soudées, et leur union s'étendait du côté gauche jusqu'à la base des apophyses épineuses; les corps de ces vertèbres n'étaient pas ankylosés.

Toutes ces soudures étaient d'une grande perfection et égales en solidité au tissu osseux normal, de telle sorte, qu'on ne pouvait reconnaître la limite de la production nouvelle. Les os n'offraient aucune altération de texture, aucune inégalité à leur surface, aucune diminution de solidité, aucune trace de carie.

Les dimensions du canal vertébral étaient considérablement diminuées par le déplacement remarquable de l'atlas et de l'axis; le diamètre antéro-postérieur du trou occipital était d'un pouce et demi (*mesure anglaise*); son plus grand diamètre transversal d'un pouce et quart; l'anneau de la troisième vertèbre offrait sept huitièmes de pouce transversalement, et six huitièmes d'avant en arrière; le canal, entre les portions déplacées de l'atlas et de l'axis, offrait un demi-pouce d'avant en arrière et cinq huitièmes de pouce transversalement.

*Réflexions au sujet du cas précédent.* — Rust a donné la meilleure description qui existe de cette maladie. Il en publia d'abord une histoire abrégée dans la *Gazette médico-chirurgicale de Saltzbourg* (1813, t. 3, p. 108 et 109), il l'a décrite ensuite plus longuement dans son *Arthro-kakologie* (1817, § 111 - 119), où il dit en avoir observé treize cas, dans lesquels les symptômes étaient presque semblables.

Le premier symptôme est une douleur qui a son siège dans le cou, qui s'accroît à l'approche de la nuit ou lors de la déglutition d'une bouchée volumineuse, ou enfin par une profonde inspiration; cette douleur occupe un côté du cou, surtout dans les mouvements de la tête vers l'épaule. Elle s'étend du larynx à la nuque, et souvent jusqu'au scapulum du côté malade. Aucune lésion extérieure n'est appréciable, mais une forte pression sur la première et la seconde vertèbre produit une vive souffrance, et dévoile ainsi le siège de la maladie. La gêne de la déglutition et de la respiration augmentent, en alternant avec la douleur du cou, qui semble se fixer à la région postérieure de la tête, et devient intolérable dans les mouvements de cette partie; la tête s'abaisse vers une des épaules, et la face s'incline un peu en bas; car en gé-

ral, la maladie n'attaque les articulations que d'un seul côté, et, dans sept cas sur neuf, c'était la côté gauche; si les deux côtés sont affectés simultanément, la tête s'inclinera directement en avant; les choses restent dans cet état pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, et souvent, avant l'apparition de symptômes plus graves, il se manifeste une amélioration apparente, les mouvements sont plus libres et la position de la tête plus naturelle; mais bientôt l'articulation des sons et la déglutition subissent de nouvelles entraves; la douleur renaît plus cruelle et plus étendue; la tête se déjette un peu en arrière et tombe vers le côté opposé; son poids semble trop lourd au malade qui la soutient avec ses mains, toutes les fois qu'il change d'attitude; cette dernière circonstance peut être considérée comme un symptôme pathognomonique. Un autre symptôme, qui, à cette époque, dévoile la véritable nature de la maladie, c'est une expression toute particulière de souffrance dans la physionomie, qui, jointe à la position et à la raideur de la tête, constitue un ensemble de traits tellement caractéristique, qu'il suffit de l'avoir observé une seule fois pour le connaître de prime abord.

Cette physionomie du malade, que Rust a cherché à représenter dans une planche, consiste particulièrement dans l'altération générale des traits; la langueur des mouvements des yeux, et l'expression mélancolique et sombre de sensations douloureuses intérieures. L'expression de souffrance augmente dans les mouvements de la tête. Plus tard se manifestent la sensation d'un bruit dans la tête, la surdité, les vertiges, les crampes et les convulsions, une paralysie incomplète surtout aux membres thoraciques, l'aphonose, l'expectoration purulente et les symptômes de fièvre hectique. On n'observe en général aucun changement extérieur, soit au cou, soit à la nuque, et Rust n'a vu qu'un seul cas dans lequel il se développa, du côté malade, une tumeur qui abcéda et laissa un ulcère fistuleux. Mais la pression la plus légère sur les trois premières vertèbres est extrêmement douloureuse, et quelquefois, à une époque avancée de la maladie, le frottement de deux surfaces inégales est manifestement appréciable dans les mouvements de la tête; le malade peut rester dans cet état pénible et irrémédiable pendant plusieurs mois, et il meurt soit d'épuisement et de faiblesse, soit, ce qui est plus fréquent, d'une manière soudaine et inattendue.

M. Lawrence regarde cette maladie comme consistant primitivement dans l'ulcération des cartilages, suivie de destruction de ligaments et de carie des os, et s'étendant, sous des formes et à des degrés variés, aux organes importants situés dans le voisinage. Il ne connaît aucun cas de cette affection décrite pendant qu'elle est bornée aux surfaces articulaires.

*Observation R.* — Reil cite, d'une manière abrégée, l'observation d'un jeune homme qui fut pris d'une prétendue angine inflammatoire, et dont la tête était fléchie en avant et à droite; l'angine fut guérie, mais l'affection du cou augmenta; la fièvre hectique survint et le malade mourut paraplégique le dix-septième jour. Les condyles occipitaux, les corps de toutes les vertèbres cervicales et des quatre dorsales supérieures étaient ramollis, tandis que les surfaces articulaires des condyles et les deux premières vertèbres étaient détruites en partie. (*Fieber-Lehre*, deuxième édition, t. 2, p. 356.)

Bell rapporte deux cas, dans lesquels les ligaments qui unissent l'occiput à l'atlas, ainsi que ceux qui unissent l'atlas à l'axis, avaient tellement perdu leur résistance sous l'influence d'une lésion organique antérieure, qu'ils se rompirent dans un mouvement de la tête en avant, qui donna lieu à une luxation soudaine de l'apophyse odontoïde, immédiatement suivie de la mort par compression de la moelle épinière. (L'auteur a donné une planche à ce sujet, *Observations on the injuries of the spine*, p. 27, pl. 11, fig. 1.)

À une époque plus avancée de la maladie, voici quel est d'après Rust, l'aspect des parties: « J'ai toujours trouvé, dit-il, en quantité plus ou moins considérable, entre le pharynx et la colonne vertébrale, du pus tantôt sanieux, tantôt de bonne nature: le pharynx est ulcéré dans une étendue plus ou moins considérable; le périoste et les ligaments des deux premières vertèbres sont détruits. Le siège primitif de l'affection m'a toujours paru résider dans l'articulation de l'occipital et de l'atlas, et dans celle de l'atlas et de l'axis; la carie a aussi envahi les condyles occipitaux, plus souvent le gauche que le droit, l'atlas et l'apophyse odontoïde. Dans les cas où la mort est survenue brusquement, tantôt l'apophyse odontoïde malade avait été entièrement séparée, tantôt il s'était fait un épanchement sanguin par suite d'ulcération de l'artère vertébrale, ou bien un épanchement purulent s'était formé dans les plevres. Les organes importants situés dans le voisinage, peuvent participer d'une manière plus ou moins grave aux lésions qui viennent d'être décrites. On trouve quelquefois beaucoup de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde, ainsi que dans les ventricules. Près du trou occipital, l'espace qui loge la moelle épinière est quelquefois très-rétréci. La dure-mère a été trouvée parfois livide, ulcérée et même gangrenée, et les portions du cerveau et de la moelle voisines de la lésion étaient plus ou moins altérées. J'ai déposé dans le musée pathologique de l'hôpital général de Vienne, plusieurs pièces anatomiques propres à faire connaître cette affection. » (*Arthro-kakologie*, § 117.)

Dans quelques cas, la maladie paraît limitée aux surfaces articulaires. Alors, après avoir détruit les cartilages et les ligaments, et déterminé un déplacement plus ou moins considérable de l'occipital et des deux premières vertèbres, elle s'arrête et fait place à un travail de guérison, qui détermine une ankylose, par suite de laquelle les parties déplacées restent solidement fixées dans leur situation anormale. Toutefois, même dans ces cas plus favorables, il existe une vive douleur pendant la période inflammatoire; en outre, tandis que d'un côté la propagation des désordres à la dure-mère ainsi qu'aux parties voisines contenues dans le crâne et dans le canal vertébral, peut déterminer des symptômes alarmants, d'un autre côté, des abcès chroniques peuvent se former à l'extérieur ainsi qu'on en a vu un exemple dans le cas qui a été rapporté.

Il est à remarquer que les dimensions du trou occipital et du canal vertébral à la région du cou, sont



beaucoup plus considérables qu'il ne serait nécessaire pour loger la moëlle épinière, de sorte que les mouvemens de la tête et de l'atlas peuvent s'exécuter sans aucun danger de compression pour cet organe important. De là, la possibilité d'un déplacement spontané dans une étendue considérable, sans lésion des fonctions de la moëlle. Cette circonstance ressort surtout du fait cité plus haut. (*Observ. Q.*) Il n'y eut aucun symptôme de paralysie, et la moëlle épinière qui conservait encore sa situation, quand le docteur Lawrence examina les os, était libre de toute compression, quoique les dimensions du canal fussent diminuées de moitié. Cette particularité n'a pas été remarquée autant qu'elle aurait dû l'être par ceux qui ont décrit cette affection; aussi, observant la diminution du canal vertébral, ils semblent en avoir conclu que la moëlle avait dû être comprimée, et, en conséquence, ils citent la compression de la moëlle parmi les effets ordinaires de cette maladie. (Boyer, t. 4, p. 105, deuxième édition.)

Rust attribue l'innocuité de la compression exercée sur la moëlle dans les luxations de l'occipital sur l'atlas, à ce que cette compression s'établit graduellement. Il cite une pièce qui existe dans le cabinet anatomique du Jardin des Plantes, et dans laquelle la diminution de capacité du canal est telle, qu'il ne peut admettre une plume ordinaire (*loco citato*). Comme il ne dit pas qu'il ait lui-même constaté ce fait, il est probable qu'il parle d'après les renseignemens d'autrui, de la pièce citée par Buffon, et dans laquelle le diamètre transversal de l'ouverture est de trois lignes.

En résumé, dans la plupart des cas où il n'y a pas de symptômes de paralysie, on peut conclure avec sûreté que cela tient à ce qu'il n'y a pas eu de compression; tandis que dans les cas de déplacement soudain de l'apophyse odontoïde, soit par accident, soit par suite de maladies organiques, la pression de la moëlle épinière a été immédiatement mortelle. C'est à une compression légère de la moëlle ou de ses membranes, ou aux suites de l'inflammation que peut déterminer cette compression, ou enfin à la maladie des os elle-même, qu'on doit, selon toute apparence, attribuer la paraplégie et les paralysies partielles qui surviennent quelquefois pendant le cours de cette maladie.

Dans ses premières considérations sur ce sujet, Rust émettait une opinion très-défavorable sur la terminaison probable de la maladie; il disait qu'elle avait été funeste dans tous les cas soumis à son observation, et il se demandait si elle est susceptible de guérison; mais plus tard, dans son *Traité sur les maladies des articulations*, il rapporte quelques exemples de guérisons spontanées. Il cite le cas d'un malade placé dans son service à l'hôpital-général de Vienne, et qui, bien qu'ayant une raideur du cou et de la tête, avec obliquité de cette dernière, jouissait sous tous les rapports d'une bonne santé. Il y avait dans ce cas une diminution de mobilité de la troisième vertèbre cervicale; avec une saillie formée par une déposition osseuse; l'histoire de ce cas ne permet pas de douter qu'il n'ait eu une luxation spontanée de la tête.

Reil a vu trois cas dans lesquels les vertèbres supérieures du cou éprouvèrent une tuméfaction subite accompagnée de douleur et de fièvre; la tête était fléchie en arrière, la déglutition difficile et douloureuse. Au bout de quatorze jours le gonflement et la fièvre diminuèrent; mais la tête conserva une obliquité latérale et une diminution de mobilité que Reil considère comme une conséquence de l'ankylose (*Fieber-Lehre*, t. 2, p. 356.)

Les cas d'ankylose complète prouvent que l'affection est susceptible de guérison, et le nombre considérable des cas de cette espèce, porte à penser que le pronostic ne doit pas être extrêmement défavorable.

*Observation S.* — On voit dans le muséum de l'hôpital Saint-Barthélemy, une tête qui a été extraite d'un cimetière, et avec laquelle l'atlas est solidement réunie par ankylose. Ce dernier os a été déplacé incomplètement en avant et à gauche, et en même temps un peu porté dans un mouvement de torsion, de manière à être placé obliquement dans sa position nouvelle. Son côté droit intercepte environ un tiers du canal vertébral. Les deux condyles occipitaux sont complètement ankylosés avec l'atlas, et cette union se prolonge un peu en avant. La soudure, qui semble très-ancienne, est tellement intime qu'on ne peut apercevoir aucune ligne de démarcation. L'arc intérieur de l'atlas, situé plus bas que dans l'état normal, est séparé du trou occipital par un intervalle d'un demi-pouce.

Sandifort donne la description de six pièces anatomiques consistant dans des ankyloses entre l'occipital et l'atlas et appartenant à la collection anatomique de Leyde; dans quelques-uns de ces cas, l'atlas présentait un déplacement partiel, l'ankylose comprenait tantôt les deux condyles, tantôt un seul, et même dans quelques cas une partie seulement de l'arc antérieur et de l'arc postérieur de l'atlas, et enfin, dans d'autres cas, l'une des apophyses transverses ou toutes les deux. Dans deux cas il y avait un dépôt considérable de matière osseuse autour des parties ankylosées.

Wynperse a vu six exemples d'ankylose d'un seul condyle ou des deux à la fois, entre l'occipital et l'atlas: il en a fait représenter un cas. (*Dissertatio medica de ancylosi* § 21, tab. 1 fig. 1.) Boyer a rencontré un cas semblable à la Charité. (*Traité des malad. chirurg.* t. 4, p. 105.)

Dans d'autres cas, il n'y a pas seulement luxation de l'occipital sur l'atlas, mais encore de l'atlas sur l'axis avec ankylose.

*Observation T.* — Daubenton cite un cas remarquable qui a pour objet une pièce du muséum du Jardin des Plantes: «La seconde vertèbre du cou a été déplacée et poussée si loin en arrière, qu'il ne reste qu'un intervalle de trois lignes entre l'apophyse odontoïde et l'arc postérieur de l'atlas. Cette vertèbre est en même temps inclinée à droite. On conçoit facilement le mécanisme d'une telle luxation; mais quand le canal vertébral a été tellement rétréci et la moëlle épinière si fortement comprimée, il est surprenant que le ma-

lade ait pu vivre assez long-temps pour permettre à l'ankylose de s'établir. » (*Histoire naturelle générale et particulière, avec la description du cabinet du Roi*, t. 3, p. 99.)

*Observation U.* — Sandifort a décrit et figuré une pièce dans laquelle l'atlas et l'axis ont été déplacés, la première à droite, la seconde à gauche; elles sont soudées entre elles et avec l'occipital. Le changement de position de ces os a diminué le canal vertébral, qui n'offre qu'un demi-pouce transversalement au lieu d'un pouce. (*Musæum anatomicum*, p. 148, tab. 15, fig. 4.)

*Observation V.* — Le cas d'ankylose la plus étendue se remarque dans une autre pièce où l'occipital, toutes les vertèbres cervicales et les deux premières dorsales sont solidement soudées; dans ce cas, la tête est fortement contournée à droite, de telle sorte que le côté gauche du rebord alvéolaire de la mâchoire correspond à la partie moyenne des corps des vertèbres. Les parties soudées avec l'atlas sont les condyles occipitaux et la partie antérieure du trou occipital. La première vertèbre elle-même est soudée avec l'apophyse odontoïde, et celle-ci avec l'occipital; il en est ainsi des apophyses articulaires et des lames de toutes les vertèbres indiquées. Les corps des vertèbres étaient encore séparés par leurs fibro-cartilages. (*loc. cit.*, n° 147 tab. 15, fig. 1, 2, 3.)

Wynperse rapporte succinctement un cas dans lequel l'occipital et les six vertèbres cervicales étaient soudées ensemble. (*De ancylosi*, p. 21.)

Le même auteur mentionne un exemple de luxation de l'atlas sur l'axis avec soudure de ces os entre eux et avec l'occipital. (*Ibid.*, p. 19, tab. 1, fig. 2 et 3.)

Une pièce anatomique, de la collection de l'hôpital Saint-Barthélemy, offre un exemple de soudure entre les condyles occipitaux et l'atlas, entre l'apophyse transverse gauche de cette vertèbre et l'occipital, et entre les apophyses articulaires de la seconde et de la troisième vertèbre. La soudure de l'apophyse odontoïde avec l'atlas n'a pas lieu aussi fréquemment que celle des condyles avec la même vertèbre. Dans la collection qui vient d'être indiquée, on trouve un exemple de soudure osseuse complète entre l'arc antérieur de l'atlas et l'apophyse odontoïde. Dans ce cas, les condyles occipitaux sont presque aplatis, de telle sorte qu'ils pouvaient probablement exécuter quelques mouvemens sur l'atlas.

Un exemple curieux de cette espèce d'ankylose est décrit et figuré par Wynperse.

*Observation X.* — L'apophyse odontoïde est soudée avec l'atlas, les apophyses articulaires et le corps de deux vertèbres sont également soudées: une balle de plomb s'était logée dans l'apophyse transverse gauche de l'atlas, laquelle s'est transformée en un kyste osseux, arrondi, qui emprisonne solidement le corps étranger, et constitue une saillie anormale au devant de la vertèbre.

Les principes d'après lesquels on doit établir le traitement qui convient à ces cas, sont les mêmes que ceux qui nous guident quand la maladie est située dans toute autre région de la colonne vertébrale. La grande proximité d'organes si importants fait une loi de diminuer l'intensité et l'étendue de l'inflammation et de limiter par là de bonne heure le désordre aux parties primitivement affectées. On devra recourir aux saignées locales, à tout ce qui constitue le traitement antiphlogistique, et prescrire le repos absolu des parties malades jusqu'à la disparition de tout symptôme d'acuité de la maladie. La révulsion sous ses formes variées et plus particulièrement au moyen du moxa, du seton, du cautère, favorisera beaucoup le travail de la guérison.

Avant de terminer cette note, qui renferme déjà beaucoup de matériaux pour l'étude des lésions de la colonne vertébrale, nous croyons utile d'y ajouter une indication bibliographique dont nous puisons une partie dans l'*Arthroacologie* de Rust, M. Lawrence n'ayant point, dans son mémoire, reproduit les citations de Rust, citations précieuses pour ceux qui voudraient approfondir les questions relatives aux divers sujets dont nous venons de nous occuper.

- Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. 3.  
 Bertrand, *Lehre von den Knochenkrankheiten*, Dresden und Leipzig, 1792, p. 177.  
 Heister, *Institut. chirurg.*, lib. 3, cap. 5, p. 1.  
 Duverney, *Traité des maladies des os*, t. 2, p. 104-110.  
 Riediger Schmuckers, *vermischte schriften*, B. 1, p. 322.  
 Sommering, vom Bruch und der Verrenkung des Rückgraths.  
 Murray, *De spina dorsi luxat.*  
 Horn, in *Mursinna's Journal für die chirurgie*, 1 B., 1 st., p. 78, 80, 85.  
 Ephem. nat. cur. Dec. 1. Ann. 4 et 5, observ. 77. — Cent. sept. obs. 81.  
 Cuenotte, *Dissert. sistens casum subluxationis vertebrae dorsi*, etc.; Argentor., 1761.  
 Collomb, *Medicin. chirurg.*; Werke, obs. 49.  
 Saviard, *Observations*.  
 Bonet, *Anat. pract.*, t. 3, lib. 5, pars 4, cap. 3.  
 Hildanus, *Observat. cent.* V, p. 458.  
 Van-Swieten, *Comment.*, t. 1, 253, t. 2, 764.  
 Scharschmidt, *Wochentliche nachrichten*, t. 7, p. 339.  
 Mursiana, *Journal für die chirurgie*, Berlin, 1803. II, Bandes, 2-Stück, 1 beobacht., §. 149.  
 Acta Soc. med. Hafn., t. 2,  
 Petit, *Traité des maladies des os*, t. 1, p. 64-109.  
 Morenheim, *beobachtungen*, 2. B. 136.



- Schmuckers, Verm. schriften, 1. B. s. 284-319.  
 Platner, Instit. chir. rat., p. 751, s. 1123.  
 Salzb., Medicin. chirurg. Zeitung, 3 B. 1813, s. 124.  
 Echlich, chirurgische beobachtungen, Leipzig, 1815, s. 199.  
 Voigtel, Handbuch der pathologischen anatomie, 1. B. s. 316.  
 Morgagni, De sedibus et causis morborum, 4 art. epist. 4, 10, 40, 48; art. 13, epist. 10; art. 3, epist. 38; art. 17, epist. 48; art. 34-35, epist. 55; art. 10, epist. 57; art. 2, epist. 61; art. 11 qui observationes continet, nec non epist. 27, art. 31-34, ubi à citatis exemplis ad morbum concludit.  
 Schmidt, Dissertatio chirurg. de luxat. nuch., Tubing, 1747, 2. 18.  
 Académie des Sciences, Mémoires, an 1731, p. 724.  
 Thapidor, Theat. Exercit. 33, p. 63.  
 Schlichting, Traumatolog., p. 12.  
 Stolte, Dissertat. de morte suspensorum, Groning, 1766, p. 16.  
 Bonn, Descriptio thes. oss. morb., Nov. 1783, p. 9, 10, 11.  
 Ludwig, De luxat. vert. colli spont. Lips. 1767.  
 Pet. Frank, Delect. opusc., t. 5, p. 306; Discursus de rachitide cutis et adutorum, etc.  
 Reil, Fieber-Lehre, t. 2, 2. 102.  
 J. Cloquet, Anchylosis of the second cervical vertebra with the occiput, *the Lond. medical Repository*, t. 1 (New Series), p. 259.  
 Journal de Corvisard, etc., Fracture d'un des ligamens jaunes, t. 13, p. 343, et fracture d'une vertèbre cervicale, *ibid.*, p. 345.  
*Ibid.*, Observation d'une luxation des vertèb. cerv. t. 34, p. 362.  
 The Lond. med. and phys. Journ., Injury of the spine, t. 59, p. 26, 546.  
 W. B. Newman, An account of a dislocation of the cervical vertebra, *The Lond. med. Reposit.*, t. 3, p. 107.  
 J. Ring, Case of injury of the spine, *the London, med. and surg. Journ.*, Aout 1834, p. 91.  
 W. Gaitskell, Case of luxated cerv. vert. *the Lond. med. reposit.* t. 15, p. 282.  
 Journal de Corvisard, etc., Mém. sur les luxations des vertèbres cervicales, t. 1, p. 474.  
*Ibid.*, Observation sur les luxations du corps des vert. t. 9, p. 279.  
 The Lond. med. and phys. Journ. Dislocations of the vertebra, t. 59, p. 74.  
 A. Bérard, Luxation spontanée de l'occipital sur l'atlas et de l'atlas sur l'axis, thèse.  
 Gaz. méd. de Paris, Luxation de l'occipital sur l'atlas, etc. 1834, p. 556.  
 W. Thomson, Spontaneous luxation of the vertebra dentata, *the Edin. Med. and Surg. Journ.*, t. 42, p. 277.  
 Gaz. méd. de Paris, Lésion de la colonne vertébrale avec dilacération de la moelle, etc., 1834, p. 187. (Nous avons rapporté ce fait p. 130.)  
 Journal de Corvisard, etc., Histoire de quelques affections de la colonne vertébrale, etc., t. 26, p. 78.  
 Bulletins de l'École de méd., Luxation de la colonne vertébrale, bulletin n° 7, p. 86.  
 Luxation complète du rachis, dans *Précis anal. des trav. de la soc. méd. de Dijon, pour l'année 1832*, par N. A. Pigeon.  
 Fracture of the spine, *the Lond. med. and phys. Journ.*, t. 62, p. 514.  
 Journal des Progrès, t. 12, p. 260.  
 Fracture of the vertebra, with curious symptoms, *the Lond. med. and phys. Journ.*, t. 61, p. 417.  
 Fracture of cervical vertebra, *the Lond. med. and phys. Journ.*, t. 61, p. 49 et 232.  
 Fracture of the dorsal vertebra, *the Lond. med. and phys. Journ.*, t. 61, p. 230.

# HERNIÉS

## L'ABDOMEN.

# TRAITÉ DES HERNIES

DE

## L'ABDOMEN.