

a. L'épine iliaque postéro-supérieure répond à la partie moyenne de la première apophyse sacrée; la surface ovalaire iliaque sous-cutanée à la cinquième lombaire; la partie la plus élevée de la crête iliaque à la deuxième apophyse épineuse lombaire.

b. L'ombilic correspond chez l'enfant à la quatrième apophyse épineuse lombaire, chez l'adulte à la troisième.

c. Le relief formé par le bord inféro-externe du trapèze s'arrête un peu au-dessous du niveau de la neuvième apophyse épineuse dorsale, figurant deux pointes situées à une très petite distance de chaque côté de la ligne médiane.

Contrairement à ce qu'on dit d'ordinaire, le doigt peut atteindre par la voie buccale le sixième corps cervical chez l'enfant et le cinquième chez l'adulte; c'est là un point qu'il faut bien connaître lorsqu'on explore les lésions de cette partie du rachis.

2° **Rapports des points de repère précédents avec les organes contenus à l'intérieur du canal rachidien.** — Les rapports des points de repère précédents avec les organes contenus à l'intérieur du canal rachidien sont indispensables à connaître pour retirer de leur exploration toutes les données qu'elle est susceptible de fournir.

Ces rapports peuvent être du reste formulés d'une manière très simple, et seront dès lors parfaitement utilisables en pratique.

a. Le *cul-de-sac terminal de la dure-mère* correspond au cinquième espace interépineux lombaire; le fer à cheval des ganglions intrarachidiens sacrés au premier arc sacré.

b. La *limite inférieure de la moelle* se trouve, chez l'homme, au niveau de la première apophyse lombaire, chez la femme, au niveau de la deuxième, chez l'enfant, au niveau du bord inférieur de la troisième.

c. Les *divers segments de la moelle* se terminent: le segment cervical au niveau du sixième espace interépineux cervical; le segment dorsal au niveau de la neuvième apophyse dorsale; le segment lombaire au niveau du bord inférieur de la douzième apophyse dorsale; le segment sacré au niveau du bord supérieur de la première apophyse lombaire.

d. Le *rapport des sommets apophysaires et des organes radiculaires* peut, lui aussi, malgré de fréquentes variations individuelles, être exprimé par une formule simple, bien entendu sans prétention à l'exactitude mathématique, mais toutefois d'une vérité plus que suffisante pour mettre le doigt sur une lésion médullaire à travers le rachis et guider une intervention chirurgicale.

Pour l'adulte, à la région cervicale, il faut ajouter un au numéro d'une apophyse déterminée pour avoir le niveau des racines qui naissent à son niveau; à la région dorsale supérieure, il faut ajouter deux; à partir de la sixième apophyse dorsale jusqu'à la

onzième, il faut ajouter trois; la partie inférieure de la onzième et l'espace interépineux sous-jacent correspondent à la naissance des paires sacrées.

Pour l'enfant, une légère modification à cette formule est nécessaire. A la région dorsale supérieure, de la première à la quatrième apophyse, il faut ajouter trois pour avoir le numéro de la racine correspondante; à la région dorsale moyenne, de la cinquième à la neuvième apophyse, il faut ajouter quatre. Cela tient à ce que, jusqu'à six ou sept ans, les racines dorsales et les premières lombaires naissent de la moelle plus haut dans le rachis qu'à un âge plus avancé, ce qui ne peut tenir qu'à une longueur de la moelle dorsale moindre par rapport au rachis.

Quoi qu'il en soit, les rapports que nous venons de préciser sont en pratique de la plus grande utilité, et permettent, au premier coup d'œil, de déterminer approximativement le niveau rachidien d'une lésion radiculo-médullaire sans symptômes vertébraux.

II. **Médecine opératoire.** — Si nous laissons de côté les procédés paravertébraux, permettant d'arriver sur les faces latérale et antérieure de la colonne vertébrale sans passer par le canal rachidien, procédés qui trouvent leurs indications à peu près exclusives dans la tuberculose vertébrale, et que nous décrirons à son propos, il nous reste à étudier ici seulement comme procédés opératoires d'intérêt général, les *ligatures des vertèbres* et la *lamnectomie*.

Nous joindrons à ce chapitre quelques mots sur la *section intrarachidienne des racines postérieures*, dont l'étude ne se rattache guère à la description didactique des affections du rachis et de la moelle que par son côté opératoire.

La *ponction vertébrale*, qui trouve presque toutes ses indications dans les affections de l'encéphale (méningites aiguës, méningite tuberculeuse, hydrocéphalie, etc.), a été décrite par nous à propos de celle-ci (p. 770); nous ne saurions y revenir ici.

**Les procédés opératoires dont l'intérêt s'étend à une grande partie de la chirurgie rachidienne et médullaire** sont, venons-nous de dire, au nombre de deux, les ligatures des vertèbres et la lamnectomie.

1° **LIGATURES DES VERTÈBRES.** — Les ligatures des vertèbres sont praticables sur la plupart des parties d'une vertèbre donnée: lames, apophyses transverses, apophyses articulaires, apophyses épineuses. Ces dernières sont de beaucoup les plus simples et suffisent, en s'aidant de légères variantes opératoires, pour remplir les deux indications principales des ligatures des vertèbres: la fixation du rachis dans le sens antéro-postérieur, et sa fixation dans le sens transversal: nous aurons ultérieurement l'occasion de citer de nombreux faits personnels qui le prouvent.

Pour pratiquer la ligature des apophyses épineuses, après avoir dé-



nudé, sur l'étendue nécessaire, la crête apophysaire, on passe un fil d'argent, de grosseur variable suivant les cas, à travers le ligament interépineux sus-jacent à l'apophyse la plus haute que l'on veuille fixer, au ras du bord supérieur de cette apophyse et le plus près possible de sa base, puis on le coupe de façon que dépasse, de chaque côté de la perforation, une longueur de fil double de la longueur de la plaie : c'est avec ces deux longueurs qu'il va falloir faire les ligatures apophysaires : il suffit, pour y réussir, de passer chacun des fils, en les croisant, dans l'espace interapophysaire sus-jacent à celui qui a été traversé, puis dans chacun des suivants, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au-dessous de la dernière apophyse découverte, sous laquelle on tord solidement les deux fils en enroulant leurs extrémités ; il est essentiel, au cours de ces manœuvres, de passer les fils dans chaque espace au ras du bord inférieur de l'apophyse sus-jacente, de façon à pouvoir, à mesure qu'on avance, tendre et maintenir en extension sur ce point d'appui solide la partie supérieure du rachis, et à ne point passer à une boucle nouvelle avant que la solidité et la valeur orthopédique de la boucle précédente ne soient bien assurées.

Ceci fait, l'opération est terminée et la plaie suturée sans drain.

Elle a pu rencontrer seulement deux difficultés : la première, c'est l'ankylose l'un à l'autre des bords supérieur et inférieur des deux apophyses successives, et la nécessité de forer un orifice à travers leur masse : nous avons fait construire dans ce but, par M. Collin, un perforateur dont la vrille agit perpendiculairement au manche, et qui supprime cette première difficulté opératoire ; la seconde, c'est le besoin de fixer le rachis, non dans le sens antéro-postérieur, mais dans le sens transversal : il suffit, pour y réussir, après avoir pratiqué les croisés ordinaires, de faire remonter l'un des fils le long des apophyses épineuses et de le fixer, bien tendu, à la première boucle. Dans tous les cas l'opération, sans difficultés et sans dangers, a duré tout au plus une demi-heure.

Si, au bout de quelques années, la ligature, devenue inutile, entraînait un peu de raideur localisée du rachis, rien ne serait plus facile que de l'enlever.

2° LAMNECTOMIE. — La lamnectomie est également en chirurgie vertébrale, moins par elle-même, qui n'est qu'une opération exploratrice, que par ses temps complémentaires, une opération d'intérêt très général.

Sa technique, telle que nous l'avons pratiquée une cinquantaine de fois, est très simple, quoique laborieuse. Une incision longitudinale est faite sur la crête des apophyses apophyseuses, à travers la peau, les aponévroses très dures, puis, au bistouri et à la rugine, en décollant autant que possible le périoste, les deux faces des apophyses épineuses et la face postérieure des lames sont complètement dénudées : pendant que cette dénudation est faite d'un côté, d'épais

tampons de coton hydrophile arrêtent, de l'autre côté, l'hémorragie très abondante. En tout cas, mais plus encore à la nuque chez les gens âgés à cause des plexus veineux régionaux, plus encore aux lombes chez les adultes vigoureux, ce temps opératoire est pénible. Lorsqu'il est terminé, on a sous les yeux, sur la hauteur de trois ou quatre arcs au moins, la face postérieure du rachis. La pince emportepièce à un mors plat de Mathieu est le meilleur instrument pour l'attaquer en enlevant de bas en haut, à petits coups, le bord inférieur de l'arc le plus bas parmi ceux découverts, il amorcera lentement, mais sûrement l'ouverture du canal, et, lorsque celle-ci sera suffisante pour donner passage à sa branche plate, il l'agrandira très vite, enlevant en quelques minutes, dans toute leur largeur, autant d'arcs qu'on voudra.

Telle est, réduite à son temps essentiel, la lamnectomie : les chirurgiens, et ils sont nombreux, qui, l'ayant ainsi pratiquée, s'arrêtent là, sont tout à fait comparables à un laparotomiste qui, s'arrêtant après l'incision de la paroi abdominale, estimerait avoir fait une opération complète ; ils n'ont même pas fait une intervention exploratrice.

Un second temps opératoire, temps que la longueur de la résection des arcs doit faire systématiquement pratiquer dans une seconde séance, s'impose donc : il comprend l'exploration et le traitement des lésions intrarachidiennes ; exploration de la face postérieure du fourreau dural, réclinaison de ce fourreau, exploration de sa face antérieure et des corps vertébraux ; incision verticale postérieure de la dure-mère et exploration de la moelle ; toutes manœuvres sur lesquelles nous ne saurions insister dans cette description générale et sur lesquelles nous reviendrons à propos de leurs indications particulières.

Nous allons seulement décrire ici, au point de vue de sa technique et de ses indications, une de ces manœuvres, dont l'étude, ainsi que nous le disions tout à l'heure, trouverait difficilement place dans les chapitres qui vont suivre : la résection intradurale des racines postérieures.

*La résection intradurale des racines postérieures*, dont nous avons publié avec notre maître et ami Demoulin une étude dans l'année 1895 de nos *Travaux de neurologie chirurgicale*, a été proposée par Bennett et Abbe, presque simultanément, en 1888 ; elle n'a été pratiquée qu'un nombre restreint de fois, sept en tout, dont quatre seulement comme opération unique et bien réglée : une fois par Horsley en 1889, une fois par Abbe en 1892, deux fois par nous en 1894.

Pour la mener à bien, deux ou trois jours après la séance opératoire dans laquelle a été pratiquée la lamnectomie, on écarte les lèvres de la plaie, on met largement à nu la face postérieure du fourreau dural et on l'incise longitudinalement ; la moelle et les



racines sont alors à découvert : « La racine qu'il s'agit de réséquer, bien isolée, est soulevée sur un crochet mousse et sectionnée de bas en haut, à l'aide d'un ciseau très tranchant, coudé sur le plat et à long manche, d'abord au ras de son insertion médullaire, puis au ras de son passage dural, sections qui doivent se faire sans tiraillements, l'interne pour ne pas blesser la moelle, l'externe pour ne pas blesser la racine antérieure, en ce point très voisine de la postérieure : avec ces précautions, on peut réséquer plus d'un centimètre des racines cervicales, trois ou quatre des racines dorsales, plus encore des racines lombaires et sacrées, étendue considérable qui, avec l'absence de tissus conducteurs à l'intérieur du fourreau dural pour les fibres qui voudraient se régénérer, donne une sécurité absolue contre tout rétablissement de continuité de la racine ou des racines réséquées. »

La résection a, dans tous les cas où on l'a pratiquée, été faite contre des névralgies. Sept fois il y a eu diminution considérable ou disparition totale des douleurs, diminution sans doute lorsque la résection avait porté sur un nombre insuffisant de racines, disparition lorsqu'elle avait porté sur un nombre suffisant. Le seul inconvénient fonctionnel postopératoire constaté a consisté dans une anesthésie peu étendue et pour sa plus grande partie passagère. Il s'agit dont là, au point de vue thérapeutique, d'une opération des plus intéressantes : je crois que le malade montré par nous au Congrès de chirurgie de 1895, et chez qui nous avons fait la résection des septième et huitième racines cervicales postérieures droites pour une névralgie du membre supérieur droit, névralgie contre laquelle on avait tout tenté sans résultat et qui avait complètement et durablement (l'intervention date aujourd'hui de deux ans) disparu dès le réveil chloroformique de notre opéré, a entraîné à ce sujet la conviction de tous les chirurgiens assistant à la séance dans laquelle nous l'avons présenté.

Il est malheureusement nécessaire d'ajouter que la résection des racines postérieures est une opération grave, et que deux opérés, sur un total de sept, ont succombé au *shock* opératoire.

La résection des racines postérieures ne constitue donc pas une intervention qu'il faille appliquer systématiquement, à cause de sa valeur thérapeutique, à toutes les névralgies de cause périphérique, mais qu'il faut limiter aux cas où seule, à l'exclusion d'interventions moins graves, elle est susceptible de donner un résultat thérapeutique.

Les névralgies des nerfs doivent, pour bien définir la valeur qu'y peut avoir cette résection, être divisées en deux groupes : les névralgies avec accidents moteurs, les névralgies sans accidents moteurs. Dans les névralgies avec accidents moteurs, la résection intradurale des racines postérieures ne nous semble jamais indiquée ; lorsqu'on aura épuisé toutes les tentatives médicales et

toutes les tentatives chirurgicales sur le nerf ou les nerfs atteints, on devra, dans ces cas, sectionner, il est vrai, les racines, mais en dehors du fourreau méningé, soit dans le canal rachidien, soit à l'extérieur de ce canal. En effet, puisque la section de la partie motrice des racines s'impose, aussi bien que la section de leur partie sensitive, à quoi bon aller chercher séparément la racine antérieure et la racine postérieure à l'intérieur de la dure-mère, alors que cette intervention est plus grave que les résections extradurales, équivalentes, dans le cas particulier, au point de vue thérapeutique ? Cela nous semble au moins inutile. Dans les névralgies sans accidents moteurs, deux circonstances peuvent se présenter : le nerf atteint de névralgie est uniquement sensitif ou sans rôle moteur important ; le nerf atteint de névralgie joue un rôle moteur considérable. Dans le premier cas, l'intervention devra porter uniquement sur lui, puisqu'on peut, non seulement l'élonger, le réséquer, mais encore l'enlever en totalité, et même parfois (par exemple s'il s'agit d'un nerf intercostal) le chercher jusque dans le canal rachidien en dehors de la dure-mère. Dans le cas tout différent où le nerf joue un rôle moteur (par exemple le radial, le cubital, le sciatique), la résection intradurale des racines postérieures qui lui correspondent présente sur la résection du nerf lui-même l'avantage considérable de ménager entièrement sa fonction motrice. On pourra donc alors, après avoir tenté tous les moyens agissant sur le nerf sans interrompre sa continuité, hésiter entre la résection du nerf et la résection intradurale des racines postérieures correspondantes, cette dernière étant physiologiquement le procédé de choix. Les névralgies radiculaires, les radiculalgies, caractérisées cliniquement par la limitation des accidents sensitifs, subjectifs ou objectifs, au territoire d'une ou plusieurs racines, peuvent, comme les névralgies des nerfs, s'accompagner ou non d'accidents moteurs. Mais ici intervient une condition anatomo-pathologique différente ; que la lésion soit de cause inconnue ou de cause diathésique, ou consécutive à une névrite ascendante, ou due à des lésions limitées, rhumatismales, traumatiques, etc., des méninges rachidiennes, elle a, par définition, son point de départ dans une altération des racines postérieures elles-mêmes, portion intradurale ; l'intervention pour séparer des centres la cause de la douleur doit donc nécessairement porter sur cette portion intradurale, la résection en ce point n'étant plus ici une intervention de choix, mais la seule intervention susceptible de donner un résultat thérapeutique, celle qu'il faut, lorsque le diagnostic de radiculalgie est bien posé, lorsqu'ont échoué les moyens médicaux, souvent efficaces et dont nous n'avons pas à nous occuper ici, pratiquer d'emblée sans s'attarder aux interventions moins élevées, qui seraient nécessairement infructueuses.



## I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES

## 1° PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS ET TRANCHANTS.

Les plaies rachi-médullaires par instruments piquants et tranchants ne sont pas très communes. Malgré des recherches étendues, le nombre de cas que nous avons pu réunir ne dépasse que peu la cinquantaine. Au contraire, les recherches expérimentales relatives à ce genre de traumatisme ont été des plus nombreuses.

**Anatomie pathologique.** — Les plaies du rachis par instruments tranchants ne se font pas indifféremment dans tous les points du rachis. D'après Charcot, la région la plus fréquemment atteinte serait la région dorsale supérieure, le blessé offrant à l'agresseur « son tronc incliné en avant ». Les cas que j'ai réunis me conduisent à une conclusion un peu différente : je trouve en effet 27 cas pour la région cervicale, 17 pour la région dorsale, dont 11 pour la région dorsale supérieure et 2 pour la région lombaire.

Dans un très petit nombre de cas, la pointe de l'arme se pique dans l'os, sans aller plus loin (fig. 69); dans la plupart des cas, elle pénètre dans le canal rachidien (fig. 70); s'il s'agit d'une aiguille, d'une épingle à cheveux (Viry), sa pénétration entre les arcs, à quelque région rachidienne que ce soit, se comprend sans difficulté; s'il s'agit d'un instrument tranchant, elle peut se faire dans deux conditions différentes.

a. Avec fracture des arcs : circonstance rare, notée seulement d'une façon certaine par von Beck, Allexandrini, Courtier, Neumann.

b. Sans fracture, par les espaces interlaminaires : ce qui est la règle. Aux régions cervicale et lombaire, où ces espaces sont très hauts, ne sont pas obstrués sur la ligne médiane par des apophyses épineuses obliques, la pénétration se fait sans difficulté, surtout si le corps est fléchi : l'espace s'offre tout ouvert à l'arme. A la région dorsale, il en est autrement ; l'espace est protégé, sur la ligne médiane par les apophyses épineuses imbriquées, en dehors par les apophyses articulaires : la pénétration peut se faire seulement sur une largeur d'un centimètre et demi au maximum, et, point sur l'intérêt duquel nous aurons à revenir, de bas en haut et de dehors en dedans.

Une fois pénétrée dans le canal rachidien, l'arme peut simplement ouvrir le sac méningé sans aller plus loin (Gibbon, Holmes, Palle, Vorster), d'ordinaire elle blesse la moelle. La lésion de celle-ci peut être transverse totale; d'ordinaire elle est unilatérale, cette lésion unilatérale siégeant du côté opposé à la plaie superficielle, surtout à la région dorsale, plus souvent que du côté de cette plaie, et offrant des caractères propres qui varient suivant que l'arme dirige du côté du centre du canal son dos ou sa lame : dans le premier cas,

le sac méningé et la moelle peuvent être simplement refoulés; dans le second, surtout si le tranchant est bon, il y a hémisection qui offre ce caractère remarquable de dépasser légèrement en arrière la ligne médiane, et de ne pas l'atteindre en avant.

Malgré sa netteté schématique, cette lésion médullaire n'est pas sans s'accompagner, outre l'hémorragie extra et intradurale, d'un peu d'attrition des parties nerveuses voisines; aussi se produit-il, en conséquence de cette attrition, des lésions dégénératives qui portent sur toute l'étendue transversale de la moelle, au niveau du traumatisme (Enderlen), et sur une hauteur de 6 à 10 millimètres, au-dessus et au-dessous de lui (Schiefferdecker); il s'y ajoute, bien entendu, les dégénération systématiques ascendantes et descendantes qui suivent toute lésion transverse de la moelle.

Si l'arme n'est pas restée dans la plaie, les deux tranches médullaires séparées se réunissent en quelques semaines par une cicatrice formée aux dépens de la pie-mère et de la névroglie : quant à la régénération des éléments nerveux, constatée chez les animaux inférieurs, elle semble, d'après les recherches les plus récentes, tout à fait impossible chez l'homme; on doit toutefois admettre le retour à l'état normal ou à peu près des éléments modifiés par la dégénération transverse juxta-traumatique, dont les traces s'effacent peu à peu et ne se retrouvent plus, lorsqu'on fait, un mois ou un mois et demi après l'accident, l'examen direct de la moelle (Enderlen).

**Symptomatologie.** — Au point de vue de leur symptomatologie, les lésions rachi-médullaires par instruments piquants et tranchants forment trois grands groupes.

1° Dans le premier, les lésions sont seulement osseuses; les symptômes sont ceux de toute plaie superficielle.

2° Dans le second, les lésions sont osseuses et méningées; il se fait un suintement de liquide céphalo-rachidien; en l'absence de traitement antiseptique, l'infection des méninges est presque fatale.

3° Dans le troisième, les lésions sont osseuses, méningées et médullaires.

Tant qu'il n'y a pas infection, ce qui domine le tableau clinique ce sont les accidents médullaires.

Ils sont nécessairement très variables suivant l'étendue transversale de la lésion. Ainsi, dans le cas de Vignes, où la lésion était transverse complète, il y avait paraplégie sensitivo-motrice. Mais, dans la très grande majorité des cas, la lésion étant une hémisection, c'est le syndrome de Brown-Séquard qu'on observe, remontant plus ou moins haut suivant le niveau de la lésion : du côté sectionné, paralysie flasque, hyperesthésie à limite supérieure horizontale, élévation de la température; du côté opposé, anesthésie cutanée, à limite supérieure horizontale, troubles trophiques cutanés. Il est du



reste rare que ce syndrome soit absolument pur; d'ordinaire l'anesthésie empiète sur le côté paralysé, et les symptômes moteurs n'occupent pas la totalité du territoire qu'ils devraient occuper, distribution en rapport sans doute avec ce fait, signalé tout à l'heure par nous, que, dans la grande majorité des cas, l'hémisection dépasse en arrière la ligne médiane et ne l'atteint pas en avant.

Rappelons la possibilité des modifications pupillaires unilatérales dans les lésions cervicales inférieures.

Ces symptômes médullaires varient du reste notablement avec la phase à laquelle on observe le malade. Au début il s'y ajoute dans quelques cas des symptômes vésico-rectaux dus sans doute à la contusion du côté de la moelle non sectionnée et qui sont essentiellement

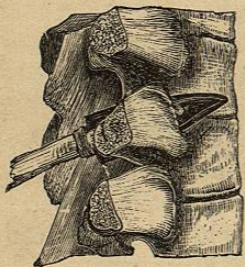


Fig. 69. — Fer de lance pénétrant dans l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre dorsale.

transitoires. Vers la fin de la première quinzaine, les réflexes s'exagèrent du côté paralysé. Vers la fin du premier mois, et pendant les cinq ou six suivants, les accidents regressent, soit jusqu'à la guérison complète, soit, d'ordinaire, jusqu'à la guérison incomplète : le degré de cette guérison étant évidemment en sens inverse de l'étendue transversale de la lésion. Elle a pu, notons-le en passant, se faire même dans des cas où l'arme était restée dans la plaie, séparant les deux tranches de moelle (Ollivier) : preuve de plus qu'elle n'a pas pour cause la régénération anatomique des éléments nerveux

lésés. Quoi qu'il en soit, l'exemple suivant, emprunté à Charcot, va nous donner la mesure de son importance dans les cas ordinaires. Il s'agissait d'un homme, jeune encore, observé huit ans après une hémisection dorsale supérieure par coup de couteau, suivie d'hémiplégie complète avec hémianesthésie croisée. « Du côté gauche, dit le professeur en présentant le malade, il n'existe plus trace de paralysie motrice dans le membre inférieur. Celle-ci, je vous le rappelle, aurait été absolument complète pendant une quinzaine de jours : à partir de cette époque, le malade a commencé à pouvoir remuer progressivement les divers segments de ce membre. Au sortir de l'hôpital, six ou huit mois après l'accident, il boitait encore et il a éprouvé de ce côté une certaine gêne dans les mouvements pendant près de trois ans. Cependant il a pu très rapidement reprendre son métier de couvreur, qu'il n'a pas cessé depuis. Aujourd'hui, il n'y a pas d'élévation de température sur la peau de ce membre : au contraire, il est relativement plus froid que l'autre; pas d'hyperesthésie cutanée, pas de modification du sens musculaire. Ces symptômes ont-ils existé autrefois? Nous n'avons pas de renseignements à cet égard. Le réflexe rotulien est notablement exagéré; il n'y a pas de trépidation provo-

quée du pied. Le membre est remarquablement atrophié dans toute son étendue; M. Vigouroux n'a cependant pu retrouver là la moindre trace de réaction de dégénérescence : il faut donc admettre que si ici, comme je suppose que cela a lieu d'ordinaire dans les cas de ce genre, l'atrophie a été la conséquence d'une propagation du processus myélitique à la colonne des cornes antérieures de la substance prise du côté de la lésion, il faut admettre, dis-je, que cette altération n'a pas amené la destruction complète des cellules nerveuses de la région, et que la *restitutio ad integrum* a été possible pour la plupart d'entre elles. Si maintenant, de l'examen du membre inférieur gauche, nous passons à l'examen du membre inférieur droit, nous constatons qu'il n'est le siège, pas plus aujourd'hui qu'autrefois, d'aucun trouble du mouvement : les réflexes tendineux y sont normaux, mais la sensibilité de la peau y est profondément modifiée. A proprement parler, ce n'est pas l'anesthésie proprement dite qu'on y rencontre, mais bien de la dysesthésie : le malade sent quand on le pique, quelquefois avec un retard notable, mais sans pouvoir préciser exactement le lieu où on a porté l'excitation : de plus la sensation produite est diffuse en quelque sorte au-dessus ou au-dessous du point piqué ou pincé; enfin le froid, le chaud ne sont pas reconnus comme tels et donnent également naissance à cette même vibration douloureuse. Enfin, j'ajoute, et c'est un point sur lequel il ne faut pas glisser, c'est que, du côté du tronc, la ligne qui limite l'anesthésie dysesthésique ne remonte pas aussi haut, il s'en faut de beaucoup, que cela devrait être dans les cas, comme le nôtre, où la lésion est supposée avoir porté au niveau des troisième ou quatrième vertèbres dorsales. Ainsi, dans un cas de Müller, cette ligne remontait jusqu'au niveau de l'aisselle, tandis que chez notre malade elle passe en avant par le pli de l'aîne et en arrière ne remonte pas jusqu'à la taille : on peut donc admettre très légitimement ici que ces modifications relatives à la distribution de l'anesthésie qui à l'origine devait s'étendre par en haut jusqu'au voisinage de l'aisselle, est une conséquence de la restitution des parties lésées de la moelle. »

**Pronostic.** — Le pronostic vital des plaies de la moelle est grave. Au début, cette gravité est due à la gêne des fonctions médullaires lorsque la lésion est haut placée, et à l'infection méningée possible, tant que la plaie n'est pas fermée. Plus tard, elle est proportionnelle à la gravité des accidents fonctionnels primitifs, mais il ne faut pas

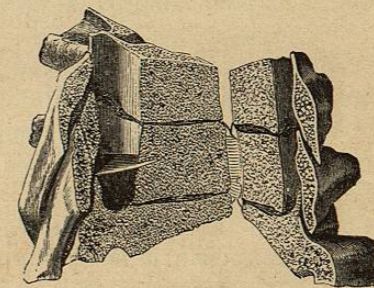


Fig. 70. — Quatrième, cinquième et partie de la sixième vertèbre dorsale montrant un couteau qui s'est brisé après avoir traversé le canal vertébral et la moelle épinière.