

sac. La ligature est ensuite progressivement serrée jusqu'à oblitération complète de l'orifice herniaire.

Si la ligature doit être rejetée de la thérapeutique de l'encéphalocèle et de l'hydrencéphalocèle, à part peut-être dans les cas où le procédé de Niemeyer serait applicable, il n'en est plus de même de son application à la cure de la méningocèle. Elle peut, en effet, dans ce dernier cas, être tentée quand la tumeur est bien pédiculée.

On peut également alors la combiner avec d'autres procédés opératoires, tels que l'excision ou la cautérisation: Giraldès recommande de hâter la momification de la tumeur par des applications de chlorure de zing à sa surface.

ARTICLE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE LA VOUTE DU CRANE.

Au crâne, comme partout ailleurs, la nature d'une tumeur ne saurait être exactement établie d'après la constatation d'un unique symptôme, et le diagnostic, pour être complet, doit comprendre des éléments multiples. Il reste à savoir celui de ces éléments qui prime tous les autres par son importance. Or, il m'a semblé qu'au point de vue du pronostic et du traitement, l'une des conditions les plus utiles à connaître était l'existence ou l'absence d'une communication de la tumeur avec l'intérieur de la cavité crânienne. Cette condition sera donc celle que l'on devra rechercher avec le plus de soin et qui servira de point de départ pour le diagnostic différentiel des tumeurs de la voûte du crâne, que je me propose d'examiner rapidement.

I. TUMEURS EN COMMUNICATION AVEC L'INTÉRIEUR DE LA CAVITÉ CRANIENNE.
— La réductibilité par la pression, les battements isochrones à ceux du poulx, l'augmentation de volume et la tension produites par les efforts d'expiration, constituent les caractères pathognomoniques de ces tumeurs. Il faut y ajouter divers troubles fonctionnels du côté de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence, troubles qui peuvent ne se manifester que dans certaines circonstances, et en particulier lorsqu'on comprime et lorsqu'on réduit la tumeur.

Ces différents signes se trouvant réunis, l'erreur est impossible, et l'on peut avancer hardiment qu'il s'agit d'une tumeur communiquant avec l'intérieur de la cavité crânienne. Il ne reste plus qu'à différencier les unes des autres les diverses tumeurs susceptibles d'offrir le même ensemble symptomatologique. Ces tumeurs sont : l'encéphalocèle et ses variétés, les anévrysmes de la méningée moyenne, les tumeurs veineuses en communication avec le sinus longitudinal supérieur, certaines collections liquides placées à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du crâne, et reliées par une perforation des os, enfin les fongus de la dure-mère.

Quoique certaines de ces tumeurs soient réellement solides, l'encépha-

locèle et de fongus, par exemple, elles offrent presque toutes une assez grande mollesse; quelques-unes même sont manifestement fluctuantes. D'une manière générale, leur diagnostic différentiel ne présente pas de très-grandes difficultés.

L'origine congénitale de l'encéphalocèle permettra de la distinguer immédiatement de toutes les autres tumeurs en communication avec la cavité crânienne. Cependant, on a signalé quelques cas de céphalématomes, à la fois internes et externes, dont l'existence, chez des nouveau-nés, serait de nature à faire naître une erreur. Mais on pourrait tout au plus confondre cette variété de tumeur sanguine, extrêmement rare d'ailleurs, avec une méningocèle, dont elle diffère cependant par son siège à la région pariétale, par sa forme aplatie, par son volume moins considérable que celui de la méningocèle, enfin par son défaut de transparence.

On peut donc établir qu'une tumeur congénitale manifestement en communication avec l'intérieur de la cavité crânienne, est une encéphalocèle. Mais sous cette désignation, on comprend : l'encéphalocèle proprement dite, l'hydrencéphalocèle et la méningocèle. Le diagnostic différentiel de ces trois variétés peut être résumé de la manière suivante :

1^o Une tumeur congénitale du crâne, pédiculée, transparente, fluctuante, ayant le plus souvent pour siège la région occipitale, est une méningocèle ou une hydrencéphalocèle. On les distinguera l'une de l'autre aux signes suivants : la méningocèle se réduit en partie sous la pression, l'hydrencéphalocèle est généralement irréductible; la hernie méningée se tend sous l'influence des cris, des efforts, ce qui est beaucoup plus rare dans l'hydrencéphalocèle; enfin, la transparence est beaucoup moins nette dans cette dernière, et la peau est plus souvent adhérente.

2^o Une tumeur congénitale, petite, aplatie, peu mobile, présentant des battements isochrones à ceux du poulx et des mouvements d'expansion coïncidant avec l'expiration, réductible par la compression, est une encéphalocèle. La méningocèle et l'hydrencéphalocèle en diffèrent par leur volume plus considérable, par le rétrécissement de leur base, leur transparence, leur fluctuation, l'absence de battements.

3^o Enfin, une tumeur aqueuse se tendant sous les efforts et les cris, incomplètement réductible, présentant dans sa profondeur de faibles battements, ou offrant au doigt des sensations de choes ou d'ondulation isochrones au poulx, est très-probablement une méningocèle doublée d'une encéphalocèle.

Les tumeurs non congénitales présentant une communication manifeste avec l'intérieur du crâne, seront assez facilement distinguées les unes des autres.

L'encéphalocèle accidentelle ne pourra être l'objet d'aucune méprise, si l'on interroge les commémoratifs qui révèlent l'existence antérieure d'une fracture ou d'une perte de substance des os du crâne, à la suite de carie, de nécrose.

L'anévrisme de l'artère méningée moyenne, affection d'ailleurs très-rare, se reconnaît à son siège, à ses battements énergiques et au bruit de souffle auquel il donne lieu, battements et bruits qui disparaissent par la compression de la carotide primitive du côté affecté. Un fongus de la dure-mère réductible et situé au voisinage du trajet parcouru par l'artère méningée moyenne, pourrait assurément être confondu avec l'anévrisme de cette dernière. Cependant, le souffle manque dans le fongus, et la compression de la carotide est loin de faire cesser aussi brusquement les battements que lorsqu'il s'agit d'un anévrisme.

Les tumeurs veineuses en communication avec le sinus longitudinal supérieur diffèrent complètement de l'anévrisme et des autres tumeurs pulsatiles par l'absence de battements isochrones à ceux du pouls. On pourrait plutôt les confondre avec des collections purulentes placées à la fois à l'extérieur et à l'intérieur du crâne. Mais ces dernières, succédant à la carie, à la nécrose, ont été précédées pendant un temps variable d'un travail inflammatoire dont les traces persistent encore. D'un autre côté, les tumeurs veineuses dont il s'agit offrent, dans leur volume et leur tension, des modifications importantes en rapport avec les diverses positions de la tête et la compression des veines jugulaires internes.

Je m'étendrai peu sur le diagnostic du fongus de la dure-mère réductible. Quoiqu'on l'ait observé chez des enfants très-jeunes, le fongus débute ordinairement à l'âge adulte, ce qui éloigne l'idée d'une encéphalocèle congénitale. Il diffère d'ailleurs également de l'encéphalocèle accidentelle par les douleurs vives à forme névralgique, par une consistance plus grande, par l'absence de fluctuation, enfin par sa marche rapidement envahissante.

J'ai supposé jusqu'à présent que les tumeurs dont il vient d'être question présentaient à l'évidence les signes de la communication avec l'intérieur de la boîte crânienne. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il arrive quelquefois que certaines de ces tumeurs, quoique communiquant en réalité avec l'intérieur du crâne, sont privées de leurs symptômes caractéristiques. De là résulte une première difficulté pour le diagnostic. L'encéphalocèle et le fongus de la dure-mère se trouvent surtout dans ces conditions.

On sait qu'il n'est pas très-rare d'observer, même au moment de la naissance, des encéphalocèles qui ne sont pas réductibles, qui n'offrent ni battements, ni expansion en rapport avec la respiration, dont la compression, enfin, ne détermine aucun trouble cérébral. Une semblable tumeur pourrait être prise pour un céphalématome ou pour un kyste.

Le céphalématome, précisément à cause de son apparition chez le nouveau-né, pourrait être confondu avec une encéphalocèle, et cette méprise a eu lieu plusieurs fois. Mais on sait que le céphalématome siège au niveau de la bosse pariétale, c'est-à-dire dans une région où l'encéphalocèle est inconnue. En outre, il a une base large, circonscrite

par un bourrelet osseux caractéristique; on n'y observe aucune transparence; enfin, il disparaît spontanément au bout de peu de temps.

L'erreur le plus fréquemment commise consiste à prendre pour un kyste une encéphalocèle privée de ses caractères cliniques ordinaires. La possibilité d'une semblable méprise doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien au moment de procéder à l'examen d'une tumeur du crâne, et pour fixer plus fortement l'attention sur ce point, je n'ai pas hésité à donner le récit d'une erreur de diagnostic dont je me suis rendu coupable, et que j'aurais sans doute évitée en m'entourant de plus grandes précautions.

Quelle que soit l'apparence extérieure d'une encéphalocèle, elle conserve toujours un caractère qui lui est propre, c'est qu'elle est congénitale. Donc, toute tumeur congénitale de la voûte du crâne devra être considérée comme suspecte, surtout si elle occupe l'un des sièges connus de l'encéphalocèle.

Les kystes congénitaux sont assez rares. Cependant, nous avons rapporté un fait de kyste séreux de l'occiput chez un nouveau-né que l'on aurait aisément pu prendre pour une méningocèle irréductible. La ponction exploratrice pratiquée avec ménagement a permis de reconnaître la nature de la tumeur, son siège et son indépendance absolue de la cavité crânienne.

De même, on trouve au crâne des kystes dermoïdes qui datent de la naissance. La confusion serait donc surtout possible entre ces kystes et l'encéphalocèle, et cette confusion a surtout eu lieu au niveau de la région fronto-nasale. Mais par une circonstance heureuse, tandis que l'encéphalocèle occupe exclusivement le grand angle de l'œil, les kystes dermoïdes siègent presque constamment à l'angle externe, au niveau de la queue du sourcil.

Le fongus de la dure-mère, à une certaine période de son évolution, devient complètement irréductible. On pourrait alors hésiter sur le point de départ de la tumeur, et, méconnaissant son origine intra-crânienne, supposer qu'elle a pris naissance dans l'épaisseur ou à la surface des os. L'erreur n'aurait peut-être qu'une médiocre importance, excepté dans le cas où l'on voudrait tenter l'extirpation de la tumeur. Quoique le diagnostic présente de grandes difficultés, on devrait prendre en considération les troubles fonctionnels qui manquent souvent dans le fongus des os du crâne, et qui appartiennent surtout au fongus de la dure-mère, troubles fonctionnels consistant en douleurs névralgiques, surdité, amaurose, paralysies, convulsions, etc. En outre, le fongus de la dure-mère est plus souvent solitaire que le fongus des os.

II. TUMEURS SANS COMMUNICATION AVEC L'INTÉRIEUR DE LA CAVITÉ CRÂNIENNE. — Elles constituent l'immense majorité des tumeurs de la voûte du crâne et se distinguent de celle du groupe précédent par l'absence des caractères indiqués. Mais, de même que nous avons vu certaines tumeurs communiquant avec l'intérieur de la cavité crânienne être privées de leurs

symptômes caractéristiques, de même aussi certaines tumeurs indépendantes de la cavité crânienne peuvent offrir quelques symptômes simulant une communication qui n'existe pas. De là une nouvelle cause d'erreur qu'il est cependant assez facile d'éviter.

Les anévrysmes et les tumeurs érectiles artérielles, en raison de leur réductibilité et des battements dont elles sont animées, sont dans ce cas. Mais les anévrysmes des artères extérieures, quoique réductibles par la pression, ne peuvent être refoulés en masse dans l'intérieur du crâne, et, après leur réduction, on ne sent aucune perforation osseuse. Ils sont en outre situés sur le trajet connu des artères temporales, occipitales, frontales, auriculaires postérieures, en sorte que l'on ne peut songer à un anévrysme de l'artère méningée moyenne.

Les anévrysmes cirsoïdes et les tumeurs érectiles artérielles se reconnaîtraient encore plus aisément et ne pourraient guère simuler une communication avec l'intérieur du crâne. Nous rappellerons, cependant, qu'une tumeur érectile artérielle peut se surajouter à une encéphalocèle, et rendre le diagnostic hésitant. La combinaison des symptômes appartenant à ces deux lésions permettra, le plus souvent, de reconnaître l'existence simultanée de l'une et de l'autre.

Une tumeur érectile veineuse, une dilatation circonscrite de l'une des veines du cuir chevelu, seraient plutôt de nature à être confondues avec les tumeurs veineuses en communication avec le sinus longitudinal supérieur. Comme ces dernières, en effet, elles sont privées de battements, réductibles par la pression; et susceptibles d'augmenter de volume et de se tendre sous l'influence des cris, des efforts.

Nous avons déjà donné le moyen de s'assurer si le contenu de la tumeur se vide en réalité dans l'intérieur du crâne ou si le liquide s'échappe par les voies collatérales. Il suffit pour cela d'isoler complètement la tumeur de la circulation des téguments du crâne, en la circonscrivant à l'aide d'un anneau d'ivoire fortement appliqué contre les os. Si, pendant que cette compression est faite, la tumeur se réduit sous le doigt, on peut affirmer qu'elle communique avec l'intérieur du crâne, puisque le sang qu'elle contient ne peut s'échapper, par les voies collatérales; si, au contraire, la tumeur reste irréductible et tendue, c'est qu'elle est formée par la dilatation des veines extérieures.

Examinons maintenant le diagnostic différentiel des tumeurs manifestement limitées à la voûte crânienne.

Elles peuvent être gazeuses, liquides ou solides. Les premières se reconnaîtront toujours aisément à un seul caractère, la sonorité à la percussion; et si le pneumatocele du crâne a été quelquefois confondu avec une tumeur liquide, c'est évidemment parce que l'on avait négligé ce mode d'exploration.

Les tumeurs liquides sont nombreuses. La fluctuation qui constitue leur signe pathologique se perçoit, en général, avec facilité, en raison du plan résistant offert par la voûte osseuse sous-jacente. Cependant, il

faut savoir qu'à la voûte du crâne, comme partout ailleurs, certaines tumeurs donnent lieu quelquefois à une fausse sensation de fluctuation. J'ai examiné une tumeur cancéreuse qui avait pris naissance à la surface des os, et qui présentait une telle apparence de fluctuation, que je crus un moment avoir affaire à une collection liquide. La ponction exploratrice, à laquelle j'eus recours, leverait tous les doutes dans de semblables circonstances.

Parmi les tumeurs liquides, il en est de pulsatiles; tels sont: les anévrysmes et les tumeurs érectiles artérielles. Je ne m'étendrai pas sur le diagnostic différentiel de ces tumeurs, qui ressort des prescriptions faites précédemment. Aucune difficulté ne pourrait d'ailleurs exister relativement à l'anévrysme simple et circonscrit qui siège sur un point limité de l'une des artères extérieures du crâne. La confusion ne serait possible qu'entre les anévrysmes artérioso-veineux, et les varices artérielles. Mais, dans l'anévrysme artérioso-veineux, le frémissement et les pulsations ne s'étendent pas très-loin et disparaissent aisément sous l'influence de la compression exercée sur le vaisseau lésé, tandis que, dans la varice artérielle, le frémissement et les pulsations se prolongent loin de la tumeur principale, et ne sont pas influencés par la compression isolée d'une branche artérielle. Quant aux tumeurs érectiles artérielles, on sait qu'elles s'accompagnent fréquemment de la dilatation des artères du cuir chevelu qui sont en communication avec elles, en sorte qu'il est impossible de prononcer à laquelle des deux affections on a affaire.

Avant d'en finir avec les tumeurs pulsatiles, il faut encore signaler une cause d'erreur qui résulte de ce que certaines tumeurs, ne présentant pas de pulsations par elles-mêmes, peuvent recevoir des battements d'une artère avoisinante. Une bosse sanguine, un kyste, une tumeur solide, pourraient ainsi simuler un anévrysme; mais, dans ce cas, les pulsations ne s'accompagnent pas d'expansion, et il est quelquefois possible, en soulevant et en déplaçant la tumeur, de faire disparaître les battements.

Les tumeurs liquides non pulsatiles comprennent: les bosses sanguines, les kystes, les abcès, les tumeurs gommeuses.

L'existence d'un traumatisme antérieur, l'apparition rapide de la tumeur, la présence d'un bourrelet dur et résistant sur la limite de la collection liquide, feront aisément distinguer une bosse sanguine d'un kyste, d'un abcès, d'une tumeur gommeuse.

Entre ces trois dernières tumeurs la confusion est encore difficile à faire. Le développement de l'abcès est toujours précédé d'un travail phlegmasique aigu ou chronique, c'est-à-dire qu'il s'accompagne de douleur, de chaleur, et quelquefois de rougeur de la peau.

Les kystes se développent, au contraire, lentement, et ce n'est que par suite d'une complication inflammatoire qu'ils revêtent quelquefois les apparences d'un abcès. Mais on pourra toujours s'assurer par l'interrogatoire du malade qu'il portait depuis longtemps une tumeur indolente.

Quant à la nature même du kyste, on sait que les kyste séreux sont

presque inconnus à la voûte du crâne, tandis que les kystes glandulaires y sont d'une extrême fréquence. La rénitence, la transparence des premiers, permettrait de les reconnaître.

Les kystes dermoïdes se distingueront par leur adhérence aux parties profondes, tandis que les kystes glandulaires sont extrêmement mobiles. Ce même caractère servirait également à différencier des kystes glandulaires les gommés du crâne qui adhèrent aux os par une large base. D'un autre côté, on ne pourra confondre avec ces dernières tumeurs les kystes dermoïdes qui remontent à la naissance. En outre, les gommés sont rarement solitaires, et l'examen du malade permet de découvrir ailleurs des manifestations de la diathèse syphilitique.

Les tumeurs solides de la voûte du crâne sont : les lipomes, les libromes, les exostoses, les sarcomes et les cancers des parties molles et des os.

L'exostose se distingue de toutes les autres tumeurs par sa dureté osseuse et sa fusion intime avec l'os; le lipome par sa mollesse, le fibrome par sa consistance plus grande; les deux derniers par leur mobilité sur les parties profondes. Quant au sarcome et au cancer, ils se présentent ici avec leurs caractères habituels, et se font remarquer par leur marche rapidement envahissante; car, alors même qu'ils prennent naissance dans les téguments du crâne, ils ne tardent pas à envahir la peau et à adhérer fortement aux os.

ARTICLE V

DE L'OPÉRATION DU TRÉPAN.

Quoique le trépan ne soit pas exclusivement applicable à la région crânienne et s'emploie sur d'autres parties du squelette, il nous a paru utile, pour compléter l'histoire des maladies chirurgicales du crâne, de dire quelques mots de cette opération, dont il a été si souvent question dans le cours de ce chapitre.

Le trépan a pour but d'ouvrir la cavité crânienne en réséquant une portion de cette boîte osseuse, soit pour donner issue à des épanchements liquides, soit pour extraire des corps étrangers ou relever des fragments enfoncés, soit enfin pour faciliter l'ablation de certaines tumeurs.

Nous avons eu le soin de préciser autant que possible les cas dans lesquels l'opération est indiquée; il ne nous reste donc plus qu'à indiquer brièvement le manuel opératoire et les suites de la trépanation du crâne.

Les instruments dont on se sert généralement en France pour pratiquer l'opération sont :

1° Des bistouris et des pinces ordinaires pour diviser les parties molles et mettre les os à nu.

2° Une rugine pour détacher le périoste.

3° Le trépan (fig. 136 n° 1), qui se compose essentiellement d'une scie

circulaire A (*couronne de trépan*), se fixant à volonté, à l'aide d'une vis de pression B, B, sur une tige centrale C nommée *pyramide*, laquelle se continue en haut avec une sorte de vilbrequin D (*arbre du trépan*) et se ter-

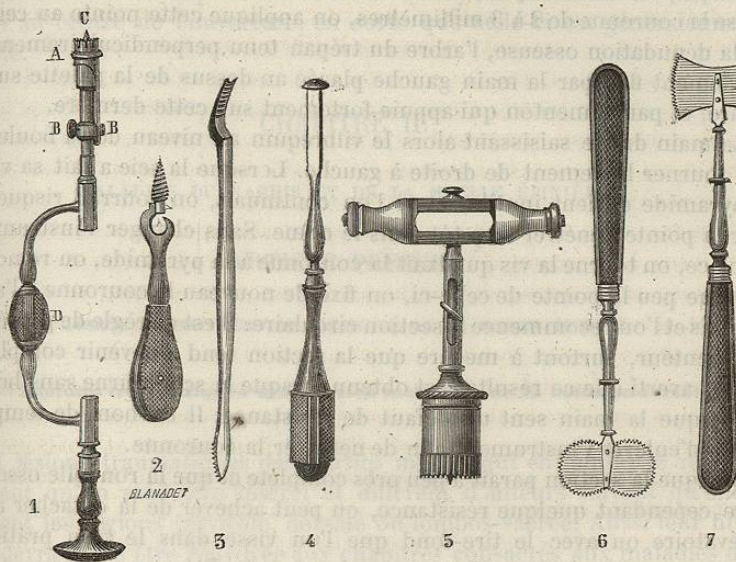


FIG. — 136. — Instruments pour l'opération du trépan.

mine en bas par une extrémité pointue. Par suite du mode de fixation de la couronne, il est possible de la faire monter ou descendre à volonté sur la pyramide.

4° Le tire-fond (n° 2), vis d'acier qui doit servir à retirer la pièce osseuse.

5° Un ou plusieurs élévatoires (n° 3).

6° Un couteau lenticulaire (n° 4), sorte de bistouri boutonné, destiné à ruginer les bords de l'ouverture osseuse.

7° Une petite brosse semblable à celle dont on se sert pour les peignes, et qui est destinée à nettoyer les dents de la couronne.

A l'étranger, et surtout en Angleterre et en Amérique, on emploie plus généralement la *tréphine* (n° 5), sorte de trépan beaucoup moins compliqué que celui dont nous nous servons, et dans lequel la couronne est fixée sur un manche analogue à celui d'un tire-bouchon, et qui se manœuvre de la même manière. Enfin, on fait souvent usage en Angleterre, principalement dans les cas de fractures du crâne, de la scie de Hey, représentée nos 6 et 7.

Manuel opératoire. — Le malade est couché, la tête reposant sur la région opposée à celle où doit être appliqué le trépan et solidement maintenue par un aide; le chirurgien, placé du côté malade, incise cru-

cialement les téguments jusqu'au périoste et relève les lambeaux en ruginant l'os dans une étendue correspondante à celle de la couronne que l'on veut appliquer.

Le trépan étant disposé de manière que la pointe de la pyramide dépasse la couronne de 2 à 3 millimètres, on applique cette pointe au centre de la dénudation osseuse, l'arbre du trépan tenu perpendiculairement et solidement fixé par la main gauche placée au-dessus de la palette supérieure, et par le menton qui appuie fortement sur cette dernière.

La main droite saisissant alors le vilbrequin au niveau de sa boule, le fait tourner lentement de droite à gauche. Lorsque la scie a fait sa voie, la pyramide devient inutile, et si l'on continuait, on courrait risque de voir la pointe pénétrer trop tôt dans le crâne. Sans changer l'instrument de place, on tourne la vis qui fixait la couronne à la pyramide, on remonte quelque peu la pointe de celle-ci, on fixe de nouveau la couronne à l'aide de la vis et l'on recommence la section circulaire. Il est de règle de procéder avec lenteur, surtout à mesure que la section tend à devenir complète. On est averti que ce résultat est obtenu lorsque la scie tourne sans bruit, et lorsque la main sent un défaut de résistance. Il est bon, de temps à autre, d'enlever l'instrument afin de nettoyer la couronne.

Lorsque la section paraît à peu près complète et que la rondelle osseuse offre cependant quelque résistance, on peut achever de la détacher avec l'élevatoire ou avec le tire-fond que l'on visse dans le trou pratiqué par la pyramide. Enfin, s'il reste quelques inégalités au pourtour de la section, on les coupe à l'aide du couteau lenticulaire. L'opération ainsi terminée, on remplit l'indication que l'on se proposait; souvent il est nécessaire de multiplier les couronnes de trépan; quelquefois, lorsqu'il s'agit de faire une large perte de substance, on détruit les ponts osseux intermédiaires aux couronnes, à l'aide de la gouge et du maillet.

Le pansement doit être des plus simples. Il consistera dans l'application d'un linge cératé, de quelques compresses et d'un bandage légèrement compressif.

L'hémorrhagie est un accident possible de l'opération du trépan. Elle offre une certaine gravité lorsqu'elle provient de la blessure de l'artère méningée moyenne ou d'un sinus de la dure-mère. Cependant, la gravité de cet accident paraît avoir été exagérée par les anciens. La compression directe suffira généralement pour arrêter le sang.

Des accidents consécutifs plus sérieux peuvent survenir; telle est, en particulier, l'encéphalo-méningite. Cependant, cette dernière est bien plus souvent imputable à la nature des lésions existant primitivement qu'à l'opération elle-même.

La hernie du cerveau est au contraire un résultat dépendant directement de la perte de substance osseuse. Cet accident a été étudié ailleurs. Enfin, la nécrose de l'os autour de la perforation constitue une complication, en ce qu'elle retarde la guérison et augmente l'étendue de la perte de substance.

Quant au mode de guérison de la plaie, on sait qu'il est rare que la perforation soit comblée par la reproduction de l'os. Le plus souvent, il se forme une cicatrice fibreuse assez résistante, présentant quelquefois une ossification incomplète sous forme de rayons marchant de la périphérie au centre de l'ouverture, en sorte que celle-ci est généralement rétrécie.

CHAPITRE II.

MALADIES DU RACHIS ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU RACHIS ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques des parties molles et de la colonne vertébrale.

Les lésions traumatiques des parties molles qui entourent le rachis, n'offrent qu'un médiocre intérêt et diffèrent d'ailleurs suivant qu'elles affectent les régions cervicale, dorsale ou lombosacrée. Aussi leur histoire devra-t-elle être renvoyée aux chapitres consacrés aux maladies du cou, de la poitrine et de l'abdomen.

Quant aux lésions traumatiques de la colonne vertébrale, elles ont été pour la plupart étudiées précédemment; telles sont les fractures et les luxations des vertèbres (voy. t. II, p. 839, et t. III, p. 233). Nous dirons seulement quelques mots de l'entorse et du diastasis.

1^o Entorse et diastasis des vertèbres.

Si les mouvements forcés imprimés à la colonne vertébrale sont insuffisants pour produire une fracture ou une luxation des vertèbres, ils déterminent constamment une distension et quelquefois une déchirure plus ou moins complète des ligaments, d'où résulte un écartement des surfaces articulaires qui, tantôt disparaît aussitôt que cesse l'action du traumatisme, et tantôt persiste à un faible degré et sans qu'il y ait réellement de déplacement ou de luxation. On dit qu'il y a simplement entorse dans le premier cas, et diastasis ou écartement des vertèbres dans le second. Ch. Bell avait même cherché à distinguer le diastasis de l'écartement des vertèbres, mais je pense que ces distinctions subtiles, impossibles à faire au lit des malades, n'ont par suite aucune utilité pratique.

On ne connaît guère les lésions anatomiques de l'entorse vertébrale que d'après les expériences de Bonnet, qui a observé la déchirure des muscles grand droit antérieur de la tête et long du cou, la rupture des ligaments antérieur et postérieur, des disques intervertébraux. Cependant, quelques