

server, à l'exemple de BLASIUS, une place à part aux luxations qui se produisent au-dessus de l'origine du nerf phrénique. Ainsi nous aurions à grouper ensemble les luxations des quatre premières vertèbres cervicales, car la destruction de la moelle au-dessus de l'origine des nerfs phréniques, comme aussi la compression de la 4<sup>e</sup> paire cervicale par les apophyses articulaires de la 3<sup>e</sup> vertèbre (luxation en avant), peuvent avoir pour les nerfs en question les mêmes conséquences fâcheuses que celles que nous avons fait connaître à propos des fractures. En effet, les cas de mort subite, à la suite des luxations de la colonne cervicale, s'observent précisément lorsqu'elles intéressent une des premières vertèbres, et le blessé succombe alors subitement, par arrêt de la respiration. Dans d'autres cas on voit se produire des phénomènes d'asphyxie, qui disparaissent en partie dès que l'on a réussi à opérer la réduction. En ce qui concerne les autres symptômes nerveux, on devra bien se rappeler que les paralysies ne sont pas toutes sous la dépendance de la luxation; elles peuvent survenir, en effet, aussitôt après l'accident, par suite de déchirures concomitantes de la moelle sans relation avec la vertèbre luxée, ou être la conséquence d'une myélite secondaire. Les luxations, en effet, ne s'accompagnent pas toujours nécessairement de symptômes de compression de la moelle ou des nerfs, et certaines d'entre elles sont privilégiées sous ce rapport. Ainsi l'observation clinique aussi bien que les expériences sur le cadavre, parlent en faveur de l'opinion (BLASIUS), d'après laquelle les **luxations par abduction** ne se compliquent presque jamais d'une lésion grave de la moelle. Dans les **luxations par flexion** on observe assez souvent des blessures de la moelle; cependant l'absence de lésion dans cet organe est encore plus fréquente que des désordres graves, et la terminaison mortelle qu'entraîne assez souvent la paralysie des nerfs, doit être mise plutôt sur le compte d'une violence agissant passagèrement sur la moelle par pression ou tiraillement au moment de l'accident, que sur celui d'une pression continue exercée par la vertèbre luxée.

On a déjà observé toutes les formes imaginables de paralysie, mais en somme c'est celle de la motilité qui tend à prédominer. Les formes les plus rares sont les paralysies des quatre extrémités; plus fréquentes sont les paraplégies, et encore plus souvent on observe des paralysies circonscrites, par exemple celle des muscles d'un bras ou des deux bras, ou bien encore des paralysies incomplètes, circonscrites, de la motilité et de la sensibilité, que l'on doit à bon droit attribuer non pas à une compression de la moelle, mais à une pression exercée par les apophyses articulaires de la vertèbre luxée sur les nerfs à leur passage par les trous de conjugaison. — Des troubles de la déglutition ont été observés également dans un certain nombre de cas.

§ 37. — Nous avons à étudier maintenant la symptomatologie spéciale des différentes formes de luxations des vertèbres cervicales, et en premier lieu celle des luxations par flexion.

Dans les **luxations par flexion**, la tête et le cou, jusqu'au niveau de la vertèbre luxée, sont inclinés en avant. Aussi observe-t-on, au niveau des apophyses épineuses, une flexion angulaire de la colonne vertébrale (cyphose); c'est l'apophyse épineuse située au-dessous de la vertèbre luxée qui fait en arrière une saillie considérable. Dans la luxation des vertèbres supérieures, on peut sentir dans le pharynx la saillie de la ver-



Fig. 138. — Luxation par flexion de la 5<sup>e</sup> vertèbre cervicale (d'après BLASIUS).

tèbre luxée ou le retrait de la vertèbre située immédiatement au-dessous de la première. Chez les individus maigres, il est possible de constater dans la partie de la région antéro-latérale du cou correspondant aux apophyses transverses, une dépression au-dessous de la vertèbre luxée, et au niveau des corps vertébraux, une saillie de la vertèbre luxée et un retrait de la vertèbre sous-jacente.

La position de la tête, telle que nous venons de la décrire, n'est pas observée dans tous les cas. Ainsi l'inclinaison du cou et de la tête en avant peut faire défaut; la tête peut être droite (MALGAIGNE), et on l'aurait même vue inclinée en arrière (BUTCHER, PORTA). La position peut du reste, on le comprend, présenter diverses modifications grâce à la déchirure ou à la conservation de certaines parties déterminées de l'appareil ligamenteux. WAGNER (Königshütte) décrit un cas dans lequel l'inclinaison du cou était bien caractérisée. La musculature de la nuque était fortement tendue. Cet auteur pense que la conserva-

tion du ligament vertébral commun antérieur a, sous ce rapport, une importance essentielle.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les symptômes de paralysie sont variables, et parfois très peu accusés, surtout lorsque la luxation est incomplète.

Dans la **luxation par abduction (luxation unilatérale en avant)** la tête est inclinée vers l'épaule du côté opposé à celui de la luxation, tandis que le menton regarde l'autre épaule. L'apophyse épineuse de la vertèbre luxée se déplace du côté de la luxation; de ce même côté, les muscles de la nuque, fortement tendus, font saillie en arrière tandis que, du côté opposé, les muscles relâchés qui recouvrent les apophyses épineuses et transverses, forment une concavité. La ligne médiane de la nuque offre ainsi une courbure à convexité dirigée du côté de la luxation. Soit par le pharynx, soit par la face antéro-latérale du cou, on réussit parfois à sentir la saillie modérée du corps de la vertèbre, de même que celle des apophyses articulaires et transverses du côté luxé.

La douleur et un degré variable de roideur de la nuque, dans la direction signalée plus haut, complètent le tableau clinique de la luxation. Le blessé peut cependant encore exécuter, jusqu'à un certain point, des mouvements de rotation soit autour de l'axe vertical, soit autour de l'axe transversal, mouvements dont le siège est au niveau des deux premières vertèbres cervicales. Notons, en outre, dans un nombre de cas relativement considérable, la paralysie localisée à un bras, l'anesthésie d'une région circonscrite de l'un des membres supérieurs, symptômes qui sont dus à la pression exercée par l'apophyse articulaire luxée sur les nerfs à leur sortie des trous de conjugaison.

Le tableau symptomatologique que nous venons d'esquisser, nous le devons essentiellement aux descriptions de MARTINI, qui a observé un nombre relativement considérable de ces luxations. Nous ne voulons pas cacher que beaucoup de descriptions ne cadrent pas avec celle que nous venons donner, et qui est aussi celle qui répond le mieux au mécanisme de cette forme de luxation. Ainsi MALGAIGNE, et avec lui BLASIUS, affirment que dans aucun des cas de luxation confirmée par l'autopsie, la tête ne se trouvait inclinée du côté opposé à la luxation; tantôt elle était inclinée du même côté que cette dernière, tantôt elle était droite; le seul phénomène constant serait, d'après ces auteurs, la rotation du cou et de la tête du côté opposé à la luxation. Évidemment la rotation est bien le fait essentiel, tandis que l'inclinaison latérale peut varier suivant la position plus ou moins élevée de l'apophyse articulaire luxée et restée comme accrochée en avant de l'apophyse correspondante de la vertèbre inférieure.

Le tableau clinique de la **luxation en arrière** ne peut être aussi sûrement tracé, vu le petit nombre d'observations que l'on en possède. Dans

la majorité des cas la tête et la partie supérieure du cou étaient inclinées en arrière, la face regardant en haut. En avant les parties molles étaient tendues, la déglutition et la respiration étaient gênées; en arrière la colonne cervicale formait un angle ouvert dans cette même direction, et le point correspondant de la nuque présentait un sillon assez profond des téguments, dans lequel se cachait l'apophyse épineuse (AYRES, SPENCER, etc.). Dans d'autres cas c'est à peine s'il existait un déplacement; dans d'autres encore la position de la tête et du cou était presque l'inverse de celle que nous venons de décrire.

§ 38. — D'après les relevés de BLASIUS, le rapport des cas non mortels aux cas mortels de luxation des six dernières vertèbres cervicales, est comme 1 : 1,27.

Mais pour les raisons déjà indiquées plus haut, la mortalité est très différente pour les diverses formes de luxation. Elle est plus élevée, dans la forme la plus fréquente, à savoir la luxation par flexion (luxation bilatérale en avant). Environ 86,40/0 des cas de cette catégorie se terminent fatalement, tandis que dans la luxation par abduction (unilatérale en avant) la proportion est bien plus favorable, la mortalité étant ici de 34,90/0 seulement.

Pour des motifs que nous avons déjà fait connaître, le pronostic est naturellement d'autant plus défavorable que la luxation siège plus haut. Mais il est aussi en rapport avec le degré de la luxation. Une luxation complète en avant ou en arrière est toujours plus dangereuse que les formes plus ou moins incomplètes; par contre une luxation complète par abduction ou rotation, dans laquelle l'une des apophyses articulaires s'est luxée totalement en avant et l'autre en arrière, comporte un pronostic relativement bon à cause du peu d'inconvénients qu'entraîne pour la moelle cette rotation des vertèbres.

La réduction, opérée avec succès, améliore considérablement le pronostic; ainsi, pour ne citer que les luxations par flexion, les cas dans lesquels la réduction a pu être obtenue, sont à peu près les seuls qui se soient terminés par la guérison, mais la réduction n'est pas facile, et dans un nombre de cas relativement considérable, les tentatives ne sont pas couronnées de succès.

§ 39. — Nous avons déjà exprimé antérieurement notre opinion sur la question de savoir si les tentatives de réduction sont justifiées et nécessaires. La méthode à employer doit varier suivant les différentes formes de luxation.

Suivant un ancien précepte que l'on fait remonter à HEISTER, le malade doit être assis à terre ou couché. Un aide est chargé de la contre-extension aux épaules, tandis que le chirurgien plaçant ses deux mains sur les côtés de la tête, ou bien l'une sur le menton et l'autre sur l'occiput, pratique l'extension en opérant les tractions d'abord dans la direction de la position vicieuse, pour passer ensuite graduellement à la di-