

rection opposée. Il est évidemment plus commode de tenter la réduction sur le blessé préalablement chloroformé et couché sur une table. On fera bien de rejeter dans tous les cas l'emploi de mentonnières (MALGAIGNE) ou d'autres appareils particuliers; par contre, il peut y avoir quelque importance à exercer une pression sur les parties saillantes de la vertèbre luxée (apophyse épineuse ou corps de la vertèbre).

Se basant sur le danger de la réduction des luxations par flexion des vertèbres cervicales, HUETER a fait la proposition, qui certainement mérite d'être prise en considération, de transformer d'abord la luxation bilatérale en luxation unilatérale. Dans ce but on incline la tête d'un côté, mouvement qui a pour effet d'appuyer de ce même côté l'apophyse articulaire luxée contre l'apophyse transverse correspondante de la vertèbre sous-jacente. Grâce à ce point d'appui, on peut alors, par un mouvement de rotation de la tête et de la partie luxée de la colonne cervicale, dégager du côté opposé l'apophyse articulaire restée accrochée, et lui faire franchir d'avant en arrière l'apophyse articulaire supérieure de la vertèbre sous-jacente. On a ainsi constitué une luxation unilatérale ou par abduction, que l'on réduit à son tour par la même méthode.

La méthode de réduction des **luxations par abduction** (unilatérale en avant) avec laquelle HUETER a obtenu également des succès, a été déjà mise en pratique par RICHET. Dans le but de dégager les apophyses articulaires accrochées l'une à l'autre, RICHET imprime à la tête du malade un mouvement d'inclinaison du côté opposé à la luxation, puis un mouvement de rotation dans le sens contraire; ainsi, la luxation étant à gauche, il incline la tête à droite, puis la tourne de droite à gauche. L'apophyse articulaire luxée peut être ainsi dégagée et refoulée en arrière par dessus l'apophyse articulaire supérieure de la vertèbre inférieure.

WAGNER conseille de modifier, suivant le degré de déplacement, les tentatives de réduction des luxations unilatérales en avant. Il admet que l'on peut faire le diagnostic de ces différents degrés de luxation. Dans le premier degré l'apophyse articulaire déplacée s'appuierait par son extrémité inférieure sur le sommet de l'apophyse articulaire sous-jacente; la tête serait alors en forte inclinaison et en rotation du côté de la lésion; dans un second degré, l'accrochement simple des apophyses, la tête serait aussi inclinée du côté de la lésion, mais les muscles de la nuque du côté sain ne seraient que légèrement tendus, et tous les mouvements seraient possibles, sauf celui d'abduction du côté opposé à la luxation. Enfin lorsque l'apophyse articulaire luxée est entrée tout à fait dans l'échancrure supérieure de la vertèbre inférieure, la tête est inclinée du côté de la lésion et tournée du côté opposé. Le mouvement destiné à dégager l'apophyse luxée ne serait nécessaire, d'après WAGNER, que dans les formes de luxation dans lesquelles les apophyses articulaires correspondantes sont restées véritablement accrochées l'une à l'autre.

Dans les luxations bilatérales on a proposé également la résection de l'une des apophyses articulaires luxées; cette opération aurait pour but de permettre d'imprimer à la tête un mouvement de rotation et de créer ainsi pour la moelle des conditions plus favorables (ROUX).

La réduction une fois opérée, doit être maintenue pendant un certain temps, au moyen de sachets de sable placés sur les côtés du cou, ou bien à l'aide d'un appareil plâtré ou d'un bandage particulier servant à fixer les épaules et la tête. Si l'on échoue dans les tentatives de réduction, ou que les paralysies n'en persistent pas moins après que la luxation a été réduite, on aura recours alors au traitement symptomatique que nous avons décrit, à propos des fractures de la colonne vertébrale.

2. Luxations des vertèbres dorsales et lombaires.

§ 40. — Bien que les vertèbres dorsales possèdent des moyens d'union d'une grande solidité, bien que la direction des surfaces articulaires tende de plus en plus à devenir verticale, à mesure que l'on se rapproche de la partie inférieure du rachis, conditions qui ne sont pas très favorables à un déplacement des apophyses articulaires, cependant on a observé des luxations, même sans fracture, soit dans la région dorsale, soit dans la région lombaire. Mais nous n'avons pas à insister longuement sur cette lésion, qui offre, en somme, peu d'intérêt pratique, vu que le diagnostic différentiel avec une fracture ne peut guère être posé sûrement; aussi renvoyons-nous au travail de BLASIUS le lecteur qui s'intéresserait à cette question. On a observé également des diastases des vertèbres dorsales.

Le plus souvent c'est la 12^e vertèbre qui est atteinte, et généralement il s'agit de luxations par flexion (bilatérales en avant), plus rarement de luxations en arrière; enfin les cas les plus rares (RUEDIGER) sont les luxations par abduction (unilatérale). Outre les déchirures des disques intervertébraux et des ligaments capsulaires, on observe ordinairement une séparation plus ou moins complète des côtes, tandis que la moelle a été trouvée déchirée dans un nombre de cas relativement considérable. En ce qui concerne l'étiologie de ces luxations, on trouve mentionnées habituellement dans les observations les mêmes causes traumatiques que celles qui entrent en jeu dans les fractures, à savoir la flexion et l'extension forcées de la colonne vertébrale. Les violences directes sont aussi une cause relativement fréquente de luxation des vertèbres dorsales.

Les signes de la luxation se rapportent essentiellement aux apophyses épineuses. Dans la luxation en avant ce sont les apophyses épineuses inférieures qui font en arrière une saillie exagérée, tandis que cette dernière est formée par les apophyses épineuses supérieures dans les luxations en arrière. En même temps on observe une courbure plus ou moins considérable de la colonne vertébrale. La paralysie est d'étendue variable; dans les luxations en avant elle paraît être plus prononcée et plus étendue que dans les luxations en arrière. Au-

tant qu'on peut en juger, d'après le petit nombre d'observations que l'on possède, le pronostic semblerait un peu plus favorable dans les luxations que dans les fractures. Dans quelques cas la réduction a été opérée avec succès et a même mis fin à la paralysie (RUEDIGER, MALGAIGNE, GRAVES).

§ 41. — La **colonne lombaire** peut être aussi, indubitablement, le siège de luxations, bien qu'on en ait souvent mis en doute la possibilité. De fait, nombre d'obstacles s'opposent ici au déplacement facile des os; tels sont la solidité des ligaments, l'élasticité et l'épaisseur des disques intervertébraux et leur renforcement par de fortes masses musculaires en avant et en arrière, enfin la disposition anatomique des apophyses articulaires qui ont une direction verticale (les apophyses articulaires inférieures de chaque vertèbre sont solidement emboîtées entre les apophyses articulaires supérieures de la vertèbre sous-jacente). BLASIUS rapporte au moins 4 cas sûrement constatés à côté d'un certain nombre d'observations peu sûres et d'autres dans lesquelles la luxation ne peut s'être produite sans une fracture concomitante.

Parmi ces luxations quelques-unes se sont produites en arrière (bilatérale dans un cas, unilatérale dans un autre), tandis que d'autres, en plus grand nombre, étaient antérieures. Ces dernières aussi peuvent être soit bilatérales (luxations par flexion), soit unilatérales (luxations par abduction), celles-ci étant, il est vrai, compliquées de fractures (LITTLE, PORTA). Tous ces cas intéressaient les trois premières vertèbres, le plus souvent la première.

Ce que nous avons dit des symptômes et du diagnostic des luxations de la colonne dorsale, peut s'appliquer également à celles des vertèbres lombaires.

Au point de vue de la paralysie, les luxations en arrière semblent moins dangereuses que celles qui se produisent en avant. En général, dans les luxations aussi bien que dans les fractures des vertèbres lombaires, les phénomènes paralytiques ne se montrent que d'une façon limitée. Des névralgies (névralgie lombaire, sciatique, PORTA) ont été observées dans plusieurs cas.

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

Cette méthode de réduction est certainement encore de nos jours, celle qu'il conviendrait d'employer pour dégager les apophyses articulaires accrochées dans les luxations par flexion; elle est plus rationnelle que celle que GRAVES a employée et qui consistait à pratiquer l'extension et la contre-extension au moyen de draps pliés tenus par quatre aides

(extension sur le bassin, contre-extension sous les aisselles). HEISTER condamne déjà l'extension produite ainsi par la force des bras ou par des machines. Actuellement, si l'on était appelé à faire des tentatives de réduction, on ne devrait jamais négliger d'anesthésier le malade; il est vrai qu'il ne peut être que bien rarement question de semblables tentatives, vu l'incertitude du diagnostic.

C. Contusion et commotion de la moelle épinière.

§ 43. — Sous le nom de **commotion de la moelle épinière**, on a réuni des phénomènes nerveux assez divers survenant à la suite de violences traumatiques portant sur le tronc ou la colonne vertébrale. Ces symptômes doivent être mis en partie sur le compte d'hémorragies intra-méningées ou intra-médullaires, conséquence du traumatisme; mais il en est d'autres auxquels ne correspond aucune lésion anatomique bien constatée, alors même que le blessé a succombé rapidement, après l'accident. Enfin, dans une troisième série de cas, les phénomènes observés permettent de conclure sûrement à l'existence d'une myélite ou d'une méningo-myélite.

Abstraction faite des cas de déchirure grave de la moelle, il est certain que l'on voit quelquefois la mort par paralysie succéder à une violence traumatique ayant atteint la région du dos, alors qu'à l'autopsie on ne constate aucune fracture des vertèbres. Dans ces cas, tantôt on rencontre dans le canal vertébral les épanchements sanguins signalés plus haut, tantôt on ne trouve aucune lésion capable d'expliquer la mort (LEYDEN). D'autres fois, la paralysie (de la moelle survenue aussitôt après l'accident, disparaît au bout d'un temps remarquablement court, quelquefois déjà au bout de 24 heures ou encore plus promptement, ou bien elle guérit tout au moins dans le cours des premières semaines. C'est avant tout dans ces formes, d'ailleurs très rares, de traumatismes, que l'on est autorisé à attribuer à une commotion de la moelle les symptômes observés.

Par contre, on ne peut raisonnablement mettre sur le compte de la commotion les cas dans lesquels l'accident ayant été suivi de symptômes nerveux diffus, ces derniers ont disparu ensuite pour faire place, plus tard seulement, à des phénomènes de paralysie, et, à plus forte raison, il ne peut être question d'une commotion lorsque le blessé, après une période de santé parfaite, présente au bout d'un certain temps des symptômes paralytiques à marche progressive, symptômes qui, assez souvent, affectent principalement les nerfs de la sensibilité. Il s'agit ici, sans aucun doute, de processus méningo-myélitiques ou simplement myélitiques.

Sous le nom de **railway-spine**, ERICHSEN a décrit le premier, dans ces