

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

derniers temps, un groupe de symptômes qui peuvent succéder, il est vrai, à des commotions du corps produites par des causes diverses, mais se montrent particulièrement à la suite d'accidents de chemin de fer, de la rencontre de deux trains, etc.

Les individus qui ont subi cette commotion, ne présentent aucune lésion grave du squelette, et même ils se rétablissent bientôt. Ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'apparaissent des symptômes divers, d'abord difficiles à définir. Ce sont des douleurs musculaires, un état d'excitation, de sensibilité anormale des sens, un manque d'énergie dans les mouvements, une diminution de la mémoire et du jugement; à ces symptômes qui se montrent, en général, en premier lieu, s'ajoutent, dans les cas très graves, des convulsions et des paralysies. Ces symptômes font supposer l'existence de processus myélitiques chroniques dans le cerveau et la moelle, mais ils sont parfois de nature si vague qu'ils ne permettent pas de poser un diagnostic anatomique précis.

Cette affection a une assez grande importance, surtout au point de vue de la médecine légale et de la question des indemnités qui peuvent être réclamées par les victimes des accidents de chemin de fer. Nous renvoyons pour plus de détails aux traités des maladies de la moelle de LEYDEN et d'autres auteurs. Les médecins anglais qui ont eu fréquemment l'occasion d'observer des malades de cette catégorie, ne sont pas très disposés à faire du railway-spine une maladie particulière. Ainsi W. PAGE pense que, abstraction faite des individus affectés de lésions graves de la moelle et du cerveau, dans la majorité des cas on a affaire à des malades nerveux, hypocondriaques, et que la notion de la responsabilité qui incombe aux compagnies de chemins de fer, joue un rôle plus ou moins important dans l'apparition des phénomènes observés.

Les symptômes de commotion de la moelle doivent être traités tout d'abord d'une façon analogue à ceux du *shock* du cerveau. Si les paralysies ne disparaissent pas bientôt, on doit admettre qu'elles sont dues à une hémorragie dans la moelle ou ses enveloppes. C'est alors aux émissions sanguines locales, à l'application du froid, etc., que l'on aura recours. Dans les autres cas, on instituera le traitement de la myélite selon les règles de l'art.

Dans ces derniers temps, j'ai pratiqué l'élongation des deux nerfs sciatiques à un individu qui, à la suite d'un traumatisme de la colonne vertébrale, avait pu reprendre son travail, mais avait commencé à présenter au bout d'environ trois mois des symptômes de paralysie à marche progressive. La paralysie de la sensibilité avait envahi peu à peu les deux membres inférieurs et était complète jusqu'au milieu de l'abdomen; la force des muscles et le sens musculaire étaient considérablement affaiblis; enfin la vessie et le rectum présentaient un état de parésie. Malgré la marche de la maladie qui semblait indiquer une myélite, tous les symptômes s'amendèrent rapidement à la suite de l'opération.

D. Plaies de la moelle épinière.

§ 44. — Les plaies de la moelle épinière par instruments tranchants

sont assez fréquentes; tantôt c'est un couteau ou un poignard qui pénètre dans l'intervalle de deux lames vertébrales, tantôt l'os lui-même est divisé par un coup violent de ces mêmes instruments.

La plupart des blessures de ce genre qui ont été décrites, siégeaient au niveau de la colonne cervicale; un petit nombre seulement intéressait la colonne dorsale. Les cas de guérison offrent encore bien des points obscurs; assez souvent, en effet, les symptômes indiquaient qu'une moitié de la moelle ou même davantage avait perdu ses fonctions, et cependant tout rentrait bientôt dans l'ordre. Si l'on ne veut pas admettre dans ces cas la possibilité d'une réunion des parties divisées avec retour rapide des fonctions, on est obligé de se contenter de l'hypothèse d'un épanchement sanguin qui comprimait la moelle et qui a disparu bientôt par résorption. On a publié plusieurs observations de plaies par instruments piquants dans la région de la nuque (BROWN-SÉQUARD, LOTZBECK, etc.), à la suite desquelles était survenue aussitôt une paralysie des quatre extrémités, paralysie qui disparaissait ensuite plus ou moins complètement (en cinq semaines dans le cas de LOTZBECK). De même il existe des observations de guérison complète dans un temps relativement court de lésions traumatiques de la région dorsale (entre la dixième et la onzième vertèbre, PRESTAT), avec paralysie d'une extrémité inférieure et de la vessie. BROWN-SÉQUARD et OLIVIER ont recueilli des observations qui, en somme, confirment les faits acquis par voie expérimentale, à savoir que de simples sections transversales d'une moitié de la moelle chez les animaux, peuvent guérir avec rétablissement complet des fonctions nerveuses. L'extension de la paralysie dans les cas à terminaison mortelle offre maintes causes de surprise pour l'observateur. Ainsi on a cité un cas (PIRRONDI) dans lequel une lame de couteau ayant pénétré entre la première et la deuxième vertèbre cervicale, n'avait causé qu'une paralysie du bras droit et des convulsions passagères des autres extrémités, alors qu'à l'autopsie (mort par méningite) on constatait une perforation de la moelle, c'est-à-dire une solution de continuité des cordons antérieur et postérieur du côté droit, avec intégrité du cordon antérieur gauche et une lésion très légère du cordon postérieur du même côté.

Quelquefois, on observe un écoulement plus ou moins abondant de liquide cérébro-spinal. Cet écoulement s'est produit également, dans un cas, à la suite d'une plaie par instrument piquant des méninges rachidiennes sans lésion de la moelle.

Dans les cas malheureux, le blessé succombe à la méningite ou bien à la myélite secondaire et à ses conséquences (MULLER).

Le traitement, dans ces blessures par instruments piquants, consiste à suturer de bonne heure la plaie du dos.