

Technique. — L'enfant chloroformé et retourné sur le ventre est soutenu au-dessus de la table par deux aides qui saisissent le premier la tête, le second les membres inférieurs ; ces deux aides tirent à eux comme s'ils voulaient allonger le tronc. Pendant ce temps le chirurgien exerce sur la gibbosité une pression extrêmement vigoureuse et il perçoit des craquements osseux qui indiquent le désengrènement des vertèbres ; en une ou deux minutes la correction est obtenue.

Elle est maintenue par un aide pendant que le chirurgien place sur la gibbosité des tampons de ouate superposée, puis une couche épaisse de ouate et enfin un large bandage plâtré vigoureusement serré.

On remplace cet appareil tous les trois mois ; après deux ou trois applications, l'appareil plâtré est remplacé par un corset.

Ce procédé hardi a donné des succès dans les cas de gibbosités récentes et même anciennes, mais l'expérience ne nous a pas encore suffisamment renseignés sur son innocuité et son efficacité définitive.

CANCER DES VERTÈBRES.

De toutes les parties du squelette, le rachis est celle qui se trouve le plus fréquemment atteinte de cancer, non pas d'une manière primitive, mais à la suite de cancers développés ailleurs ; Charcot et Cazalis ont appris que c'était surtout après les *cancers du sein* que se développent les cancers des vertèbres et que la région lombaire est leur lieu de prédilection¹.

Le cancer des vertèbres n'a pas de symptômes qui lui soient propres, et bien souvent il a été découvert par hasard à l'autopsie, sans que rien, durant la vie, ait appelé l'attention sur son existence. En réalité, il ne se révèle que par les symptômes de la compression de la moelle.

Lors donc que, chez une femme atteinte de squirrhe de la mamelle, ou chez un homme dont les testicules sont cancé-

1. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le cancer de l'utérus, qui entraîne la dégénérescence des ganglions mésentériques directement appliqués sur les vertèbres lombaires, n'entraîne point le cancer de ces os ; il n'en est point de même des testicules.

reux, on verra survenir des *douleurs lombaires*, on devra soupçonner le développement d'un cancer vertébral, et ce diagnostic sera confirmé par l'apparition de *contractures* et plus tard d'une *paraplégie*.

La durée moyenne de la maladie est de cinq à six mois ; elle se termine constamment par la mort.

Le traitement ne saurait donc être que palliatif ; on cherchera, par l'usage des préparations opiacées, belladonnées, par l'emploi des injections hypodermiques, à calmer la douleur¹.

III. — VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU RACHIS.

SPINA BIFIDA, HYDRORACHIS.

On donne ces dénominations à un vice de conformation consistant en une division de la colonne vertébrale (*spina bifida*), avec hernie des méninges, du liquide céphalo-rachidien et souvent de la moelle elle-même.

Après le pied-bot, le *spina bifida* est le vice de conformation le plus commun.

Anatomie pathologique. — L'hydrorachis se présente sous l'aspect d'une *tumeur de volume variable* (d'un œuf à une tête d'adulte et même plus), siégeant sur la colonne vertébrale, au niveau des régions sacro-lombaire ou cervicale, rarement de la région dorsale ; cette tumeur est située sur la ligne médiane, fort rarement double, souvent ovoïde ; elle est parfois divisée en plusieurs lobes, soit par le fait d'un cloisonnement intérieur, soit par la résistance inégale des parties soulevées. Elle se rattache au canal rachidien par un pédicule large ou étroit, suivant les dimensions de la fissure vertébrale.

1. Les vertèbres ont pu encore, dans des cas rares, être atteintes d'*exostoses*, de *sarcomes*, d'*enchondromes*, de *kystes hydatiques* ; les symptômes de ces tumeurs ne diffèrent point de ceux qu'elles présentent dans les autres régions, si ce n'est par les accidents qui résultent de la compression de la moelle ; aussi les étudions-nous dans notre article consacré à la paraplégie (voy. *Path. gén.*) ; elles sont d'ailleurs si rares qu'on ne doit pas insister davantage.

La peau qui la recouvre est très amincie, tendue et lisse, parfois même déchirée; elle forme un bourrelet autour du pédicule; mais elle peut être épaisse et vasculaire, ce qui indiquerait une adhérence intime aux tuniques sous-jacentes. Le tissu cellulaire sous-cutané offre les mêmes variétés. Les



Fig. 417. — Spina bifida sacré.

plans aponévrotiques de la région et les méninges sont à peine reconnaissables, tant la pression les a fusionnés et modifiés.

La poche, ordinairement unique, quelquefois divisée en plusieurs lobes, est occupée: 1° par le liquide céphalo-rachidien normal ou floconneux, dont la quantité est proportionnée au volume de la tumeur; ce liquide peut occuper sa place

normale, c'est-à-dire l'espace sous-arachnoïdien, ou bien la cavité même de l'arachnoïde; souvent il s'accumule dans l'inférieur même de la moelle, qui se trouve ainsi séparée en deux parties.

2° La moelle occupe sa place ordinaire, ou au contraire, reste appliquée aux parois de la poche, décrivant ainsi une courbe très accentuée; dans ce dernier cas, les nerfs qui en

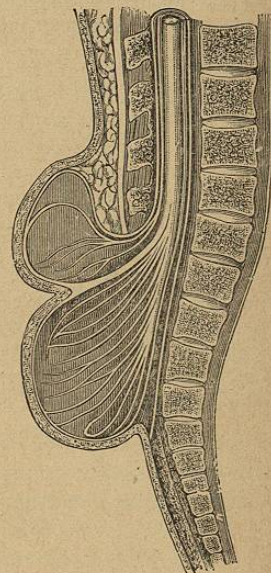


Fig. 418. — Coupe antéro-postérieure pratiquée sur une moelle atteinte de spina bifida.

On peut y remarquer:

1° La tumeur formée par le spina bifida vers la partie inférieure de la colonne vertébrale.

2° L'absence de soudure des lames vertébrales qui livrent passage à la tumeur formée par la hernie des enveloppes de la moelle.

3° La moelle dissociée en nombreux faisceaux dont les uns tapissent les parois de la poche, tandis que d'autres flottent dans la cavité, etc.

émergent flottent sans ordre au milieu du liquide, ou sont, au contraire, très régulièrement appliqués sur les parois du kyste qui offrent une série de saillies linéaires comparées aux colonnes charnues du cœur¹. L'adhérence de la moelle à la poche y détermine une dépression (Voir fig. 418).

D'une manière générale les tumeurs de la région cervicale

1. D'après Howest, lorsque le liquide occupe la cavité de l'arachnoïde la moelle reste dans sa situation normale; lorsqu'il s'est accumulé dans l'espace sous-arachnoïdien, ou dans la cavité médullaire, la moelle serait projetée en arrière.

ne contiennent que du liquide (méningocèles), celles de la région dorso-lombaire la terminaison de la moelle (myélocèles).

Etat de la colonne vertébrale. — D'après Fleischmann, toutes les altérations peuvent être ramenées à trois variétés :

- 1° Les arcs vertébraux sont bien développés, mais ne sont pas réunis : c'est la forme la plus fréquente ;
- 2° Les lames vertébrales manquent complètement ;
- 3° Toute la vertèbre, même son corps, est divisée en deux parties ¹.

Pathogénie. — On attribue le spina bifida à un arrêt de développement des lames vertébrales. Mais l'hydropisie rachidienne précède-t-elle la division vertébrale, et constitue-t-elle ainsi un obstacle à l'évolution du tissu osseux ; ou, au contraire, est-ce l'arrêt de développement du squelette qui, privant les méninges de leur point d'appui naturel, les porte à faire hernie ?

D'après Cruveilhier et Virchow, l'hydrorachis provient d'une irritation des méninges et de l'épendyme, d'où résulte une sécrétion anormale de liquide, ou encore la formation d'adhérences de ce point du fœtus avec les enveloppes de l'œuf et, par suite, une impossibilité de fusion des lames vertébrales à ce niveau.

On pense que les violences exercées sur le fœtus ont une certaine influence sur la production de l'hydrorachis.

Symptômes. — Nous avons indiqué le siège, le volume et la forme de la tumeur ; ses autres caractères sont :

1° Une *transparence* comparable à celle de l'hydrocèle, on la reconnaît en plaçant une bougie du côté opposé à celui que l'on observe. Dans les tumeurs volumineuses, cette transparence est parfaite, interrompue seulement çà et là par des opacités qui indiquent l'existence d'un épaissement, d'une cloison, ou plutôt la *position de la moelle et des nerfs rachidiens*.

Souvent la tumeur présente sur un point de sa surface un épaissement et une dépression importants à constater, car

1. On a vu la tumeur se trouver séparée du canal vertébral par une cloison fibreuse ; son sac peut être alors très épais, très cloisonné, transformé en une masse fibreuse ou graisseuse. Très souvent le spina bifida existe seul, cependant on cite quelques enfants qui étaient atteints, en même temps, d'hydrocéphalie, de pied-bot, d'exstrophie vésicale, etc.

ils indiquent le lieu d'implantation de la moelle. Il est fréquent qu'en ce point culminant existe une ulcération.

2° *Fluctuation.* — Très manifeste surtout lorsque la tumeur n'est pas cloisonnée ; vers sa périphérie, on constate une dureté particulière due au relief formé par les vertèbres divisées.

3° *Variation de volume.* — Sous l'influence de la pression, on parvient à diminuer le volume de la tumeur, en faisant refluer dans la cavité rachidienne une partie du liquide qui remplit la tumeur. Cette pression est ou indolente ou très douloureuse : elle peut déterminer des phénomènes médullaires, tels que paraplégie, convulsions limitées aux membres inférieurs, le tout disparaissant dès que l'on permet à la tumeur de reprendre ses premières dimensions.

Au moment de l'expiration, pendant les cris et les efforts, la tumeur se gonfle manifestement ; en effet, dans ces diverses circonstances, le sang veineux, chassé du thorax afflue dans les énormes plexus veineux rachidiens et refoule dans la tumeur le liquide céphalo-rachidien ; par contre, la tumeur s'affaisse au moment de l'inspiration.

4° *Troubles fonctionnels.* — Ils peuvent manquer absolument ; mais souvent la situation anormale de la moelle et des nerfs rachidiens, leur compression, etc., déterminent des troubles notables dans leurs fonctions : *paraplégie*, anesthésie des membres inférieurs, paralysie des sphincters anal et vésical.

Marche. — Parfois, en peu de temps, la peau s'amincit, se perforé, et l'enfant succombe à une *méningite* ; dans quelques cas la perforation est fort lente à s'effectuer, le volume de la tumeur ne s'accroît que peu à peu ; pourtant ses parois finissent par se gangréner, se détruire, et alors, soit spontanément, soit sous l'influence de la cause la plus légère, survient une méningo-myélite qui emporte le malade.

Dans des cas fort rares, la tumeur s'affaisse d'une façon graduelle, elle s'enkyste, ses parois s'épaississent, se rétractent et finissent par s'atrophier. Quelquefois elle se transforme en un fibro-lipome ou en une tumeur polykystique.

Enfin, certains hydrorachis sont parfaitement compatibles avec la vie.

Pronostic. — La mort est la terminaison habituelle de cette maladie, soit qu'on l'abandonne à elle-même, soit qu'on l'opère : mais il est des exceptions à cette règle.

Traitement. — Lorsque la tumeur paraît tendre à la guérison ou qu'elle est stationnaire, on se contente de la protéger par un moule en gutta-percha.

Mais, pour peu qu'elle fasse des progrès, il faut agir, surtout si la tumeur menace de s'ulcérer et de se rompre. La compression n'est pas sans inconvénients et n'est que palliative. L'incision, le séton, l'électrolyse sont abandonnés. La ponction aspiratrice n'a donné que de rares succès ; trois méthodes restent en présence.

L'injection iodo-glycérinée qui convient dans les cas où la communication avec le canal rachidien étant étroite peut être facilement interrompue. Elle a donné de nombreux succès.

La ligature, simple, élastique, linéaire, a donné des accidents mortels par compression de la moelle et par sphacèle du spina bifida. Aussi est-on plutôt tenté aujourd'hui de recourir, sous le couvert de l'antisepsie, à l'excision au bistouri suivie de suture. Elle a donné un certain nombre de bons résultats et a même permis de décoller la moelle et de la réduire dans le canal rachidien.

CHAPITRE III

MALADIES DE L'APPAREIL OLFACTIF.

L'appareil olfactif se compose : 1° du nez, appareil destiné à recueillir les émanations odoriférantes ; 2° des fosses nasales, cavités anfractueuses divisées, dans leur moitié antérieure, par une cloison, tandis que leur moitié postérieure forme une cavité désignée sous le nom d'arrière-cavité des fosses nasales ; elle se continue avec le pharynx, dont elle se trouve complètement séparée pendant la déglutition par le voile du palais qui devient horizontal ; c'est dans cette arrière-cavité des fosses nasales que viennent s'ouvrir les trompes d'Eustache ; la muqueuse des fosses nasales se continue directement avec celle des trompes, c'est ce qui explique comment les catarrhes des fosses nasales se propagent si fréquemment dans les trompes, et gagnent ainsi l'oreille moyenne ; 3° de cavités accessoires creusées dans le squelette du crâne et des os de la face, ce sont les sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires.

Nous allons examiner successivement les maladies de ces diverses régions dont la connaissance et la thérapeutique ont fait dernièrement de grands progrès.

Examen des fosses nasales.

Trois méthodes d'investigation doivent être mises en usage dans l'examen du nez et des fosses nasales, ce sont : 1° l'expiration brusque par le nez, la bouche étant fermée ; 2° l'exploration d'avant en arrière, à l'aide du *speculum nasi* ; 3° l'exploration d'arrière en avant ou rhinoscopie.

1° *Expiration brusque par le nez.* — Si vous voulez vous assurer de la perméabilité des fosses nasales, après avoir fait fermer la bouche au malade, dites-lui de faire une forte expiration par le nez, puis faites faire successivement des expirations par chacune des narines, en ayant soin de comprimer l'autre, de façon à intercepter le passage de l'air à travers elle. S'il existe un obstacle tel qu'un polype, suivant