

foetale a persisté, l'enfant peut naître avec une sorte de queue, anomalie mentionnée par Bartholin, Lochner, König, Blancard, Labourdette (1).

La grosseur de la moelle peut offrir des différences très grandes; tantôt ce n'est qu'une bandelette mince, tantôt c'est un cordon volumineux (2).

Sa forme est aussi variable. Elle peut être constituée par deux filets ou deux cordons blancs et arrondis, très distincts, mais contigus (3).

Sa division n'a quelquefois été bien marquée qu'à l'extrémité supérieure ou à l'inférieure. Dugès a vu la moelle bifurquée à son extrémité supérieure, chez un fœtus qui présentait aussi une déhiscence de l'épine (4).

Le canal central de la moelle peut être dilaté, de manière à rendre cet organe fistuleux. C'est ce qu'on a nommé *syringomyélie* (5).

Le renflement rachidien supérieur ou cervical a manqué chez des sujets nés sans membres supérieurs. Le renflement lombaire était à peu près nul chez les monstres privés des membres inférieurs (6).

La moelle peut présenter des inégalités de volume dans ses parties latérales, en raison des atélencéphalies siégeant dans l'un des hémisphères cérébraux, ainsi que cela a déjà été exposé. L'anatomie pathologique trace dans cette circonstance, avec autant de précision que le scalpel et que les réactifs, le trajet des faisceaux nerveux. Elle suit l'atrophie à travers le corps strié, la couche optique, le pédoncule cérébral, la protubérance et la pyramide antérieure du même côté; puis au dessous du bulbe, c'est au côté opposé

(1) Ollivier d'Angers, *Maladies de la moelle épinière*, t. I, p. 11.

(2) Uccelli, *Archives*, t. V, p. 304.

(3) Zacchias, Manget, Hull, Billard. (Ollivier d'Angers, t. I, p. 189.)

(4) *Éphémérides médicales de Montpellier*, t. II, p. 289, — et *Revue médicale*, t. X, p. 364.

(5) Ollivier d'Angers, *Maladies de la moelle épinière*, t. I, p. 202. — Calmeil, *Journal des Progrès*, t. XI, p. 84.

(6) Serres, *Anatomie comparée du cerveau*, t. I, p. 106-107.

que la moelle paraît diminuée de volume, mais ordinairement la différence cesse au niveau du renflement cervical.

#### XVII. — SPINA BIFIDA.

Le *spina bifida* est la division ou l'absence congénitale d'un ou de plusieurs arcs postérieurs des vertèbres ou du sacrum, permettant aux méninges rachidiennes, non soutenues et soulevées par la sérosité, de faire une saillie plus ou moins grande.

L'analogie entre l'hydroméningocélie et le *spina bifida* est frappante. Dans l'une comme dans l'autre de ces maladies, il y a : 1° scission par arrêt d'ossification; 2° accumulation de sérosité; 3° hernie des méninges.

Cette maladie a souvent reçu le nom d'*hydrorachis*, mais ces dénominations ne sont pas synonymes. Il peut y avoir accumulation de sérosité, hydropisie dans le rachis, sans qu'il y ait altération des vertèbres. L'*hydrorachis* sans hydrocéphalie est plutôt une maladie acquise qu'une affection congénitale.

Le *spina bifida* est plus du ressort de la pathologie externe que de la pathologie interne; néanmoins, je croirais laisser une lacune si je ne consacrais un chapitre à l'histoire abrégée de cette affection, souvent liée aux autres anomalies de l'appareil encéphalique.

**Historique.** — Bien que très apparente et d'une incontestable gravité, cette maladie n'a point éveillé l'attention des anciens médecins. On a essayé, mais vainement, d'en retrouver quelques traces dans les écrits d'Hippocrate (1) et des auteurs arabes.

Ce n'est qu'au xvi<sup>e</sup> siècle qu'on en découvre la première esquisse, et c'est de la Hollande que les faits arrivent. Forest avait fait mention d'une tumeur de la nuque, qui

(1) Morgagni, *Epist.* XII, n° 9.

probablement était un spina bifida (1); mais une description et une figure assez exactes sont données par Tulpius, qui avait vu six cas analogues (2); d'autres faits de même nature sont recueillis par Van Horne (3), par Stalpart Van der Wiel (4), par Bidloo (5), par Muys (6), et, en 1732, le spina bifida devient le sujet d'une polémique entre deux chirurgiens d'Amsterdam, Titsingh et Vylhoorn, qui attribuaient la maladie, l'un à la flexion forcée de l'épine dans l'utérus, l'autre à une hydropisie cérébro-spinale (7). Toujours en Hollande, Ruysch recueille des faits nombreux, et en consigne quelques-uns dans ses écrits (8); Swagerman poursuit le même genre de recherches (9), et Camper, dissertant sur diverses sortes d'hydropisies, parle du spina bifida comme d'une maladie fréquente dans son pays (10). Sandifort en a décrit ou fait graver divers exemples (11). M. G. Vrolik (12) et M. W. Vrolik (13) ne pouvaient omettre ce genre d'anomalie dans leurs collections de faits.

La connaissance du spina bifida a été répandue d'assez bonne heure dans les diverses contrées de la Germanie. Schenk (14),

(1) *Observ. chirurg.*, 1563, lib. III, obs. 7.

(2) *Observ. medicæ. Lugd.-Batavorum*, 1652, lib. III, cap. XXX. *Spina dorsi bifida*.

(3) Wepler, *Ephemer. naturæ curiosor.*, dec. I, ann. 3, obs. 129. (*Coll. acad.*, partie étrang., t. III, p. 146.)

(4) *Observationes rariores med. chir. anat. centur post. pars prior*, obs. 34, t. II, p. 368.

(5) *Exercitationes anat. chir.*, dec. II, n° 7.

(6) *Praxis med. chir. rationalis*. Amstelodami, 1695, dec. XI, obs. 9.

(7) Oehme, *De morbis recens naturum chirurgicis*. Lipsiæ, 1783. (J.-P. Frank, *Deleat. Opuscul.*, t. II, p. 90.)

(8) *Opera omnia*. Amstelodami, 1737, t. I, p. 33, obs. 34, 35, 36.

(9) Ouvrage hollandais publié en 1767, analysé dans : *Commentarii de rebus gestis, etc.* Lipsiæ, secundæ decadis supplem. I, p. 316.

(10) *Mémoires de la Société royale de Médecine de Paris*, 1782, t. VII, p. 46.

(11) *Observ. anat. pathol.*, lib. III, cap. I, p. 9. — *Exercitationes acad.*, lib. II, 1783 et 1784. — *Museum anatomic.*, sect. V, p. 235, vol. I, sect. III, p. 110, nos cccii, ccv; sect. VII, p. 304, nos xv, xvi, xvii.

(12) *Mémoires sur quelques sujets intéressants d'anatomie et de physiologie*. Amsterdam, 1822, p. 76.

(13) *Tabulæ ad illustr. embryogen.*, tabula XXXIV et XXXIX.

(14) *Observ. med.*, lib. V, obs. 48, 57, p. 662.

Gaspard Bauhin (1), Maurice Hoffmann (2), Burg (3), Apinus (4), publièrent diverses observations.

Profitant de celles de ce dernier, qui avait été son professeur, Hoechstetter composa sur ce sujet une bonne monographie (5).

Plusieurs années après, Gild l'étudia sous le rapport de l'étiologie et de l'anatomie pathologique (6). Trew en fournit plusieurs exemples (7). Murray s'attacha à décrire avec soin les altérations de la colonne vertébrale (8).

Büsser (9), Fleischmann (10), Berndt (11), et surtout Moeckel (12), ajoutèrent, par leurs observations et leurs recherches, plusieurs traits à l'histoire du spina bifida.

L'Italie est loin d'offrir une égale richesse. Après avoir rappelé les observations connues, Morgagni avait disserté sur ces matériaux, et avait même déjà clos, en 1745, sa douzième Lettre sur l'hydrocéphale et les tumeurs aqueuses de l'épine, lorsqu'il eut pour la première fois l'occasion de voir un enfant atteint de spina bifida (13). Plus tard, Palletta en vit quelques cas à Milan (14); et Vacca-Berlinghieri (15), à la clinique de Pise.

Le spina bifida a été observé, en Angleterre, par Aylett (16),

(1) Bonet, *Sepulchretum*, lib. IV, sect. II, obs. 13.

(2) *Miscellan. nat. cur.*, dec. II, an. V, obs. 208.

(3) *Ibid.*, an. VI, obs. 58. (*Coll. acad.*, partie étr., t. VII, p. 431.)

(4) *Ibid.*, dec. III, an. IX, obs. 180.

(5) *De spina bifida*. Altdorf, 1703. (Haller, *Disp. ad morb. hist.*, t. VII, p. 486.)

(6) *De spina bifida*. Viennæ, 1754. (Haller, *Disputationes ad morbor. hist.*, t. VII, p. 500.)

(7) *Commerc. litt. Norimb.*, 1741, hebdom. 20, p. 165, — et *Nova Acta nat. curios.*, t. II, obs. 100, p. 394.

(8) *Spina bifida ex mala ossium conformatione initia*, 1779. *Opuscula*, t. II, p. 193.

(9) *De Hydrorrhachia*. Halæ, 1795. (Brera, *Sylloge*, t. IV, p. 99.)

(10) *De vitiis congenitis circa thor. et abd.* Erlang, 1816, p. 9.

(11) Neuendorff, *De spinæ bifidæ curat. radic.* Lipsiæ et Berolini, 1820.

(12) *De hydrorrhachitide Comment.* Lipsiæ, 1822.

(13) Epist. XII, n° 16.

(14) *Exercitationes pathol.* Mediol., 1820, t. I, p. 127.

(15) Moeckel, p. 30.

(16) *Philos. Transactions*, 1748, t. III.

par Warner <sup>(1)</sup>, par Hutchinson <sup>(2)</sup>, par Okes <sup>(3)</sup>, par Abernethy <sup>(4)</sup>, par Monro <sup>(5)</sup>, par Marshall Hall <sup>(6)</sup>, etc. Une mention spéciale est due à Astley Cooper <sup>(7)</sup>, dont les essais heureux de traitement seront indiqués plus loin.

Les États-Unis d'Amérique nous offrent les remarques de Trowbridge <sup>(8)</sup>, de Skinner <sup>(9)</sup>, de Stevens <sup>(10)</sup>, de Brainard <sup>(11)</sup>, de Patterson <sup>(12)</sup>, de Byford <sup>(13)</sup>, etc.

Le spina bifida a paru assez connu, en France, depuis les observations présentées à l'Académie des Sciences par Littre <sup>(14)</sup>, par Méry <sup>(15)</sup>, par Sue <sup>(16)</sup>, par Portal <sup>(17)</sup>.

Il en fut aussi publié par Lecat <sup>(18)</sup>, par Henry <sup>(19)</sup>, par Richard <sup>(20)</sup>, par Delamarre <sup>(21)</sup>, par Hoin <sup>(22)</sup>.

Quelques dissertations sur le même sujet ont offert de l'intérêt. Telles sont celles de Ducasse <sup>(23)</sup>, de Bodin <sup>(24)</sup>, de Roques <sup>(25)</sup>.

Chaussier, longtemps médecin en chef de la Maternité de

- (<sup>1</sup>) *Observ. in surgery*, London, 1784, p. 136.  
 (<sup>2</sup>) *The new London Med. Journ.*, t. I, 1792.  
 (<sup>3</sup>) *An account of spina bifida, etc.* Cambridge, 1810.  
 (<sup>4</sup>) *Surg. and Physiol. Essays*, part. I, p. 75.  
 (<sup>5</sup>) *Morbid anat. of the Brain*, 1827, p. 156.  
 (<sup>6</sup>) *On the diseases and der. of the nervous syst.*, p. 144.  
 (<sup>7</sup>) *Medico-chir. Transactions*, 1817, t. II, p. 324.  
 (<sup>8</sup>) *Journal des Progrès*, 1829, t. XVII, p. 274.  
 (<sup>9</sup>) *American Journ.*, 1836. (*Gaz. méd.*, 1837, t. V, p. 296.)  
 (<sup>10</sup>) *New-York Journ. of Medicine*, sept. 1843, p. 149.  
 (<sup>11</sup>) *Illinois and Indiana Med. and Surg. Journal*, 1848. (*American Journ.*, 1848, july, p. 262.)  
 (<sup>12</sup>) *American Journ.*, 1853, april, p. 554.  
 (<sup>13</sup>) *Ibidem*, 1856, oct., p. 387.  
 (<sup>14</sup>) *Mémoires de l'Académie des Sciences*, 1701.  
 (<sup>15</sup>) *Ibidem*, 1712. (*Obs. anat.*, 6.)  
 (<sup>16</sup>) *Ibidem*, 1746. (*Obs. anat.*, 6.)  
 (<sup>17</sup>) *Ibidem*, 1770, p. 238.  
 (<sup>18</sup>) *Traité du fluide des nerfs dans le mouvement musculaire*, 1765, p. 52.  
 (<sup>19</sup>) *Ancien Journal*, t. XII, p. 138.  
 (<sup>20</sup>) *Ibidem*, t. XXIX, p. 140.  
 (<sup>21</sup>) *Ibidem*, t. XXXIII, p. 516.  
 (<sup>22</sup>) *Mémoires de l'Académie de Dijon*, t. II, p. 105.  
 (<sup>23</sup>) *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XVI, p. 87.  
 (<sup>24</sup>) Thèses de Paris, 1801, n° 30.  
 (<sup>25</sup>) *Dissertation sur l'hydrorachis ou spina bifida*. (Thèses de Montpellier, 10 déc. 1814.)

Paris, constata qu'en cinq ans, 22 enfants sur 22,000, c'est à dire 1 sur 1,000 et 4 environ par an, étaient nés atteints de spina bifida <sup>(1)</sup>. Ce nombre est peu élevé, mais il doit être assez variable. A l'hospice des Enfants-Trouvés, Billard a compté sept cas en une seule année <sup>(2)</sup>.

Les Bulletins de la Société anatomique offrent les résultats de nombreuses recherches auxquelles viennent s'ajouter les importantes remarques de M. Cruveilhier.

Des essais de traitement ont occupé différents praticiens, et excité l'intérêt de plusieurs Sociétés, surtout de la Société de Chirurgie et de la Société de Biologie.

Le spina bifida n'est point rare à Bordeaux. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'examiner et de disséquer les altérations rachidiennes qui le constituent.

**Causes.** — 1° La première remarque à faire sur l'étiologie ressort de l'exposition qui vient d'être faite. Certains pays exposent à la production du spina bifida plus que les autres. La Hollande paraît tenir le premier rang, tandis que l'Italie serait placée au dernier. Il est, en outre, positif que des contrées plus ou moins circonscrites en ont offert des exemples multipliés en peu de temps <sup>(3)</sup>.

2° L'état de santé de la mère a paru quelquefois disposer à la production de la maladie; les diathèses scrofuleuse et syphilitique, l'hydrémie et la cachexie séreuse, pourraient n'y être pas étrangères <sup>(4)</sup>. Dans un cas, la mère avait été, pendant sa grossesse, soumise à un traitement électrique pour des douleurs nerveuses <sup>(5)</sup>.

3° Il est certain que le spina bifida s'est montré chez

- (<sup>1</sup>) *Procès-verbal de la distribution des prix aux élèves sages-femmes*. Paris, 1812, p. 58.  
 (<sup>2</sup>) *Maladies des nouveau-nés*, 1833, 2<sup>e</sup> édit., p. 608.  
 (<sup>3</sup>) Burg en a vu 3 exemples en 14 mois, à Breslau. — Oberteuffer en a recueilli 21 observations dans une localité (Moeckel, p. 27); Trowbridge, 30, à Watertown, dans le comté de Jefferson (New-York); Brainard, 6, dans l'Illinois, etc.  
 (<sup>4</sup>) Murray, *Opuscula*, t. II, p. 220.  
 (<sup>5</sup>) Marjolin, *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 459.

divers enfants de la même famille ou de la même mère <sup>(1)</sup>.

4° Il paraît que les fœtus du sexe féminin sont un peu plus sujets que les mâles à la production de cette anomalie. Dans un relevé de 74 cas, relevé qu'il serait aisé d'étendre bien davantage, j'ai trouvé 38 individus du sexe féminin et 36 du sexe masculin. La différence est donc bien peu tranchée.

5° Parmi les circonstances pathologiques qui s'allient le plus souvent au spina bifida, et qui probablement concourent à sa production, on doit citer spécialement l'hydrocéphalie.

**Siège et étendue du spina bifida.** — Le spina bifida offre pour caractère ordinaire d'avoir son siège sur la ligne médiane et en arrière du rachis; il a été observé dans tous les points de la colonne vertébro-sacrée, mais on ne le voit pas dans tous avec une égale fréquence.

Dans un relevé assez considérable, la région lombaire a compté pour plus des deux tiers. C'est là pour ainsi dire le siège d'élection ou de prédilection.

La région sacrée vient ensuite. Elle compte pour un cinquième <sup>(2)</sup>. Ruysch, qui a vu un spina bifida dans cette partie, s'étonne que cette maladie ne soit pas plus commune à la partie inférieure du sacrum, qui est naturellement bifide. Le canal sacré peut être occupé dans toute son étendue <sup>(3)</sup>, ou seulement depuis la troisième <sup>(4)</sup> ou la quatrième épine jusqu'au coccyx <sup>(5)</sup>.

(1) Burg a vu naître de la même femme un premier enfant bien conformé, un deuxième avec spina bifida, un troisième sans, et un quatrième avec spina bifida. — Salzmann voit deux sœurs atteintes de cette maladie (Orthius, *De quibusdam tumor. tunic. exter.* — Haller, *Diss. med. chirurg.*, t. V, p. 412.) — Moulia, de Saint-Épain (Indre-et-Loire), *Bulletin de Thérap.*, t. XXX, p. 396. — Dubourg (*Gazette médicale*, 1841, p. 484.)

(2) Dans un relevé fait par Bevalet, sur 57 cas de spina bifida, 47 appartiendraient à la région lombo-sacrée, et 10 seulement aux régions cervicale et dorsale. (Thèses de Paris, 1857, n° 127, p. 6.)

(3) Naudeau, *Bulletin de la Société anatomique*, 1839, p. 116.

(4) Mayer, *Ephemer. nat. curios.*, cent. I, obs. 127.

(5) Wels. (Büsser, p. 106.) — Royer, *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XXI, p. 33, 1855.

La tumeur comprend quelquefois la dernière lombaire avec le sacrum <sup>(1)</sup>.

Le spina bifida affecte rarement la région dorsale seule. Cependant, Camper, Voigtel <sup>(2)</sup>, M. Desruelles <sup>(3)</sup>, l'ont vu limité à ce siège. Mais parfois, commençant à la sixième <sup>(4)</sup> ou à la septième dorsale <sup>(5)</sup>, il occupait toute la partie inférieure du rachis, ou se bornait de la troisième dorsale à la deuxième lombaire <sup>(6)</sup>, ou ne comprenait que deux vertèbres, la dernière dorsale et la première lombaire <sup>(7)</sup>.

Le spina bifida cervical est peu fréquent. Toutefois, des exemples en ont été cités par Forest, Ruysch, Bidloo, Swagerman <sup>(8)</sup>, Sandifort <sup>(9)</sup>, Beaunier <sup>(10)</sup>, M. Blot <sup>(11)</sup>.

La lésion s'est étendue des dernières vertèbres cervicales aux dernières dorsales (Dubourg, III<sup>e</sup> Obs.), ou s'est bornée à la sixième cervicale <sup>(12)</sup> ou à l'atlas <sup>(13)</sup>.

Enfin, la lésion peut être commune à l'occipital, à l'atlas et à l'axis <sup>(14)</sup>.

Le spina bifida se trouve quelquefois en deux régions différentes (Camper), ou même il peut les occuper toutes simultanément <sup>(15)</sup>.

Ces diverses modifications du siège de la division spinale

(1) Camper, Portal, Stoll. (*Ratio med.*, t. VII, p. 217, hist. 50.) — Michaelis. (Büsser, p. 105.) — Depaul. (*Mémoires de la Société de Biologie*, 1862, p. 74.)

(2) *Fragmenta semeiol. obstetr.* Halæ, 1790, tab. II, fig. 2.

(3) 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> dorsales. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1844, p. 259.)

(4) Gild. (Haller, *Disput. med.*, t. VII, p. 517.)

(5) Greivus. (Büsser, p. 106.) — Stoltz, *Mém. de la Société de Médecine de Strasbourg*, t. II, p. 111.

(6) Richard, *Ancien Journal*, t. XXIX, p. 140.

(7) Heuermann, *Commentarii de rebus gestis*. Lipsiæ, t. XV, p. 309.

(8) Büsser, p. 108.

(9) Vrolik, tabula XXXIV, fig. 1.

(10) *Journal des Connaissances méd.-chirurg.*, 1846, t. XIII, p. 149.

(11) *Mémoires de la Société de Biologie*, 1862, p. 124.

(12) Ghidella. (*Bulletin des Sciences méd. de Férussac*, t. XIX, p. 48.)

(13) Isendamm; Erlang, 1822. (*Archives*, t. IV, p. 299.)

(14) Pooley, *London med. Gaz.*, nov. 1847. (*Archives*, 4<sup>e</sup> série, t. XVI, p. 495.)

(15) Bidloo, *Exercit. anat. chir.*, decad. II, p. 190. — Camper, p. 61. — Hoin, *Mémoires de l'Académie de Dijon*, 1772, vol. II, p. 170. — Henry, d'Auxerre, *Ancien Journal*, 1760, t. XII, p. 138. — Voigtel, *Fragn. semeiol. obstetr.*, tab. III, fig. 2.

l'ont toujours montrée occupant la partie postérieure du rachis; mais dans quelques circonstances tout à fait exceptionnelles, une localisation différente a été constatée.

Une femme, âgée de vingt-cinq ans, portait dans le bassin une tumeur qui soulevait la paroi postérieure du vagin. Le ventre était volumineux, tendu, la tumeur douloureuse, le col utérin sain et indolore. La nécropsie fit reconnaître une absence de la partie antérieure du sacrum jusqu'à deux pouces du coccyx. Une sorte de sac, formé par les méninges rachidiennes et rempli d'un fluide séreux, était situé derrière l'utérus et le rectum. Ce dernier était extrêmement distendu par les matières stercorales.

Ce cas, observé par M. Bryand <sup>(1)</sup>, est extrêmement curieux, soit par la situation même de l'agénésie spinale, soit par la persistance de la vie. Il offre aussi un grand intérêt sous le rapport clinique, car, avant l'examen attentif de la malade, on avait pu croire à une grossesse. Le toucher rectifia le diagnostic.

Un monstre, présenté à la Société anatomique par M. Depaul, offrait, indépendamment d'une fissure rachidienne postérieure, une double rangée de pièces osseuses correspondant aux corps des vertèbres longitudinalement divisés. Il y avait double spina bifida, à la fois antérieur et postérieur <sup>(2)</sup>.

M. Houel a mis sous les yeux de la même Société deux fœtus, chez lesquels la division de l'épine était latérale. Chez l'un, les lames gauches de la région lombaire manquaient, et la poche méningienne se déployait au niveau de la crête iliaque gauche <sup>(3)</sup>. Chez l'autre, le spina bifida était encore latéral. Il occupait la région sacrée <sup>(4)</sup>.

**Symptômes, marche, terminaisons.** — 1° Le spina bifida est toujours une maladie congénitale, mais son développement

<sup>(1)</sup> *London Med. and Surg. Journal*, 1837. (*Gazette médicale*, 1838, t. VI, p. 10.)

<sup>(2)</sup> *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 246.

<sup>(3)</sup> *Ibidem*, 1850, p. 186.

<sup>(4)</sup> *Ibidem*, 1851, p. 105.

s'effectue à des degrés variés avant la naissance. Il peut constituer déjà une tumeur assez volumineuse pour faire obstacle à l'accouchement. Busch a vu de ces éminences situées sur le sacrum; elles étaient bosselées, multiloculaires et en communication avec le canal rachidien. Les téguments étaient amincis, bleuâtres et parsemés de veines variqueuses. Les enfants n'ont pu vivre que quelques semaines <sup>(1)</sup>.

D'autres fois, la maladie ayant marché avec activité pendant la vie intra-utérine, les téguments sont déchirés, et à la naissance, la tumeur était affaissée <sup>(2)</sup>. La mort a été immédiate.

Dans d'autres circonstances, le spina bifida, bien que formé dans le sein maternel, n'a pris son plus grand accroissement qu'après la naissance <sup>(3)</sup>. On ne constatait d'abord qu'une simple tache rougeâtre, livide ou violacée, vis à vis quelques apophyses épineuses, affaissées ou absentes. On eût dit un *noevus* ou le résultat d'une brûlure, ou un vésicatoire couvert de fausses membranes, de figure circulaire, ovalaire ou cordiforme <sup>(4)</sup>. On a vu un petit pertuis à la partie supérieure de l'altération, et par ce pertuis un suintement séreux. Il y a eu aussi des vésicules, ou phlyctènes, sur cette surface, et une sorte de bourrelet à la circonférence, produit par l'interruption de la peau. Dans ces cas, il n'y avait pas de tumeur, ou du moins elle ne faisait qu'une très légère saillie.

Lorsque l'altération a été compatible avec la conservation de la vie, on a vu, au bout de quelques jours <sup>(5)</sup>, de quelques semaines ou de quelques mois <sup>(6)</sup>, une tumeur se manifester, d'abord petite, puis de plus en plus volumineuse.

<sup>(1)</sup> *Bulletin des Sciences médicales de Férussac*, t. XVIII, p. 283.

<sup>(2)</sup> Aylett, *Philosoph. Transactions*, n° 472, 1744, p. 10.

<sup>(3)</sup> *Compendium de Chirurgie*, t. II, p. 551.

<sup>(4)</sup> Dolbeau, dans Morillon, *Thèses de Paris*, 1865, n° 22, p. 9.

<sup>(5)</sup> Mauchart, *Ephemer. naturæ curios.*, cent. IX, obs. 38, p. 92. — J.-M. Hoffmann, *dec. II, ann. 5, obs. 508, p. 431.*

<sup>(6)</sup> Depaul, *Bulletin de la Société anatomique*, 1842, p. 307.

Ce développement tardif a pu être cause d'erreur. Dans un cas de cette espèce, une incision ayant été faite, on s'aperçut, en sondant la plaie, que le canal rachidien était ouvert (1).

Salzmann a vu ce développement enrayé jusqu'à l'âge de quinze mois (2).

2° La tumeur, qu'elle soit précoce ou lente à se produire, présente un volume variable, pouvant avoir la grosseur d'un œuf de pigeon, d'un œuf de poule, d'une pomme, d'une orange, ou même, dans des cas rares, acquérir des dimensions plus grandes.

3° Sa forme est relative au nombre des vertèbres ouvertes. S'il y en a plusieurs, elle est plus longue que large. Elle est généralement ovoïde, ayant son grand diamètre longitudinal, ou plus rarement transversal. Elle peut être arrondie, hémisphérique, conoïde (3), cordiforme (4), botuliforme (5), c'est à dire cylindroïde.

Dans quelques cas, au lieu d'une saillie, la tumeur peut offrir des dépressions sur la ligne médiane (6). Une forme ombilicale a été observée au sommet par M. Virchow, qui en a donné la figure (7). Le centre a présenté l'aspect d'une cicatrice, avec saillie ou enfoncement entouré de rides (8).

La tumeur étant sphéroïdale, peut paraître pédiculée.

Th. Legay-Brewerton a décrit une disposition peu commune. Le nouveau-né portait sur les lombes une tumeur allongée et recourbée comme un croissant, dont les extrémités volumineuses constituaient deux sortes de lobes superposés; la convexité était à droite. C'étaient deux sacs

(1) *Selecta medica Francofurtensia*, t. III, p. 298.

(2) Orthius, *De quibus tumoribus tunicatis ext.* (Haller, *Disput. chirurg. selec.*, t. V, p. 412.

(3) Stoll, *Ratio med.*, t. VII, hist. 50, p. 217.

(4) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 16<sup>e</sup> livraison, IV<sup>e</sup> planche.

(5) Büsser, p. 109.

(6) Broca, *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 355.

(7) *Pathologie des tumeurs*, trad. d'Arronsohn. Paris, 1867, t. I, p. 176.

(8) Latil de Thimecour, *Gazette médicale*, 1845, p. 767. — Depaul, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1862, p. 74.

distincts en communication avec la cavité rachidienne; la moelle n'était point engagée dans la tumeur. La dure-mère seulement était distendue et assez épaisse (1).

4° La tumeur est rougeâtre, violacée, livide ou pâle, opaque ou demi-transparente.

5° Si l'on palpe cette surface, ce qu'il faut toujours faire avec précaution, on la trouve molle, souple, plus ou moins élastique. Toutefois, ce caractère n'est pas constant. Roques vit à la consultation de Pelletan une tumeur lombaire dure et sans fluctuation, de la grosseur d'une noix. Il y eut incertitude, puis erreur de diagnostic. L'ablation de la tumeur, prise pour un lipôme, fut suivie de la mort dix-huit heures après (2).

La tumeur est quelquefois flasque. En promenant les doigts sur ses côtés, on rencontre le rebord osseux des masses latérales des vertèbres. Si le nombre des apophyses divisées est peu considérable, on ne trouve qu'une sorte d'hiatus plus ou moins étroit, difficilement reconnu, ce qui ajoute à l'obscurité du diagnostic. La pression peut diminuer ou même effacer la tumeur, si celle-ci est peu saillante. Le fluide contenu reflue alors dans le canal rachidien. Ce reflux paraît quelquefois impossible (3). Il est des enfants qui semblent à peine s'apercevoir de cette exploration; d'autres en ressentent de vives douleurs. Ils s'agitent et crient si on pique la tumeur (4).

La compression et la réduction de la tumeur peuvent en outre occasionner des symptômes cérébraux, une sorte d'engourdissement, de paralysie, et un sentiment douloureux qui remonte jusqu'à la tête (5).

6° Dans les grands efforts de l'expiration et surtout lorsque l'enfant crie, on voit la proéminence devenir plus sail-

(1) *Edinb. Med. and Surg. Journal*, t. XVII, p. 378.

(2) *Dissertation*, p. 26.

(3) Lediberdère, *Archives*, 2<sup>e</sup> série, t. V, p. 439.

(4) Depaul, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1862, p. 74.

(5) Broca père, *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 367.