

dorsale pour se porter à droite en passant en arrière de l'aorte et se jeter dans la grande azygos; le cordon du grand sympathique.

Dans la cavité abdominale, la colonne vertébrale est recouverte directement par les piliers du diaphragme, qui se continuent avec le surtout ligamenteux antérieur et s'attachent solidement aux corps des vertèbres ainsi qu'aux disques intervertébraux. Le pilier droit, qui est le plus volumineux, descend jusqu'à la troisième vertèbre lombaire; le gauche ne dépasse pas la deuxième. On y trouve : l'aorte abdominale et les artères lombaires, la veine cave inférieure, les insertions du mésentère, les ganglions lymphatiques et l'origine du canal thoracique ou réservoir de Pecquet, situé au-devant de la deuxième vertèbre lombaire.

A la région sacrée antérieure, on trouve l'artère sacrée moyenne, les sacrées latérales, le muscle pyramidal, les nerfs sacrés et, médiatement, le rectum.

La face antérieure de la colonne vertébrale est, dans toute son étendue, recouverte d'une couche de tissu cellulaire lâche et lamelleux qui permet au pus de descendre de la région cervicale à la région sacrée quand il chemine sur la ligne médiane.

*Face postérieure.* — La face postérieure de la colonne vertébrale présente sur la ligne médiane une crête formée par la série des apophyses épineuses reliées entre elles par les ligaments sus-épineux. De chaque côté de la crête existent deux gouttières, limitées par les lames vertébrales et par les apophyses articulaires et transverses.

La crête épineuse présente dans les diverses régions des différences importantes à noter. Je rappellerai d'abord que les apophyses épineuses dorsales sont fortement inclinées en bas et imbriquées les unes sur les autres. L'apophyse épineuse de l'axis est très saillante et se sent au fond de la gouttière de la nuque; celles des troisième, quatrième et cinquième vertèbres ne se sentent nullement, tandis que la sixième et surtout la septième vertèbres cervicales font sous la peau une saillie qui a valu à cette dernière le nom de *proéminente*. Il résulte de là que l'exploration des vertèbres cervicales intermédiaires à la deuxième et à la sixième est fort difficile : on ne les sent pas à travers la peau, recouvertes qu'elles sont par le ligament cervical postérieur. J'ai dit, plus haut, que le doigt arrivait difficilement à la quatrième par la cavité buccale : aussi le diagnostic des fractures ou des luxations des quatrième et cinquième vertèbres cervicales présente-t-il de grandes difficultés; il ne peut guère être établi qu'à l'aide de signes indirects, tels que l'immobilisation absolue du cou, une sorte d'affaissement, de raccourcissement de cette région, et surtout la paralysie due à une lésion de la moelle. La hauteur où monte la paralysie sert également au diagnostic : c'est un point que j'étudierai plus loin.

Les apophyses épineuses sont situées sur une même ligne verticale (je fais abstraction ici de la légère courbure physiologique que décrit l'ensemble de la ligne). S'il en existe d'un peu plus saillantes les unes que les autres, il n'y en a pas, en général, une seule hors rang. En conséquence, si l'on trouve une ou deux apophyses déviées latéralement, c'est que le corps vertébral tout entier a subi un mouvement de rotation en sens inverse, qu'il est luxé, ou, ce qui est infiniment plus vraisemblable, qu'il existe une fracture, soit du pédicule, soit des lames, ou simplement de l'apophyse épineuse elle-même. Généralement, dans ce dernier cas, on peut saisir l'apophyse épineuse avec les doigts, lui imprimer des mouvements, obtenir la mobilité anormale et la crépitation.