

dernier cas, la moelle pourra se trouver déchirée ou comprimée, et il en résultera une paralysie, dont l'étendue sera en rapport avec la hauteur du point fracturé.

L'enfoncement des lames vertébrales soulève un point de pratique grave et d'une solution difficile. Y a-t-il simplement compression de la moelle, ou bien contusion et déchirure? Une dépression au niveau du point fracturé avec paralysie serait de nature à faire croire à une compression et engagerait à relever les lames enfoncées. Mais je considère le diagnostic comme à peu près impossible. J'ai pratiqué jadis, à Bicêtre, la trépanation du rachis sur la région lombaire dans les conditions que je viens de rappeler; je relevai deux lames enfoncées, mais sans résultat; l'autopsie ne tarda pas à démontrer que la moelle était complètement divisée. Je pense que dans les fractures de la colonne vertébrale, accompagnées de paralysie, le plus sage est de ne pas intervenir par une opération, surtout immédiatement, à moins de circonstances très exceptionnelles.

Les gouttières vertébrales, larges et peu profondes à la région cervicale, sont étroites et excavées à la région dorsale, ainsi qu'à la région lombaire; les gouttières sacrées sont à peine marquées.

Elles sont remplies par les muscles dits des gouttières vertébrales, et, principalement, par la masse sacro-lombaire, composée elle-même du sacro-lombaire, du long dorsal et du transversaire épineux. Ces muscles, très puissants, sont destinés à maintenir la colonne vertébrale étendue, à s'opposer à sa flexion et à son incurvation latérale. La débilité de la masse sacro-lombaire est très probablement une cause prédisposante de scoliose.

Les corps étrangers, les projectiles de guerre, peuvent se loger dans les gouttières vertébrales et échapper aux recherches du chirurgien.

Les gouttières sont symétriques à l'état normal; elles cessent de l'être dans la scoliose.

Au fond des gouttières se trouvent les lames vertébrales reliées entre elles par les ligaments jaunes élastiques. Les lames sont écartées les unes des autres dans les régions cervicale et lombaire, rapprochées et imbriquées dans la région dorsale. Il résulte de cette disposition une gravité spéciale pour les plaies des deux premières régions. Un instrument piquant pourra, en effet, pénétrer jusque sur la moelle à travers l'écartement des lames, tandis qu'il sera arrêté par elles dans la région dorsale. La pénétration se fera d'autant mieux que le sujet sera dans la flexion, attitude qui augmente l'écartement.

C'est en se basant sur ces caractères anatomiques que Quinke (de Hambourg) a pratiqué la ponction rachidienne en passant entre la troisième et la quatrième lombaire, de manière à pénétrer dans le grand cul-de-sac sous-arachnoïdien de la queue de cheval. Cette opération a été utilisée par les médecins surtout pour examiner les caractères du liquide céphalo-rachidien au point de vue chimique, histologique et bactériologique, dans les diverses espèces de méningite spinale, et aussi pour mesurer la pression de ce liquide dans le canal rachidien. Je reviendrai un peu plus loin sur ce sujet.

Les plaies de la moelle sont d'autant plus graves qu'elles siègent plus haut, et elles atteignent leur maximum de gravité entre l'occipital et l'atlas, où se trouve le *nœud vital*. Dans la flexion, l'écartement est tel qu'un instrument piquant ou tranchant peut pénétrer d'emblée dans le canal rachidien sans intéresser les os. J'ai vu dans le musée de l'École de médecine de Caen, alors