

peu à peu l'intégrité de ses fonctions (ce fut le cas du jeune homme tombé du haut des fortifications), le blessé reste presque toujours plus ou moins infirme. La paralysie persiste en totalité ou partiellement; certains muscles s'atrophient, d'autres se rétractent et amènent des déformations. Le rectum fonctionne mal; la vessie reste inerte et des calculs peuvent s'y développer, ainsi que je l'ai vu sur un jeune homme que je dus tailler. Il survient des troubles trophiques, etc.

Quel traitement convient-il de faire?

J'ai déjà dit que tout traitement chirurgical est inutile; non seulement il ne faut pas tenter de relever une vertèbre enfoncée, mais il n'y a pas lieu de réduire les fragments même en cas de déformation appréciable avec lésion médullaire; on agit ainsi trop en aveugle. La principale indication est d'immobiliser le malade. La gouttière de Bonnet remplit bien ce but; un de mes internes eut la patience d'en construire une en plâtre, moulée sur le blessé, et le résultat fut satisfaisant. Il faut surveiller la production des eschares; tenir le blessé dans un état de propreté extrême; le coucher autant que possible sur un matelas d'eau et se servir, si l'on peut, d'un lit mécanique; le sonder aussi souvent que cela est nécessaire en se servant toujours d'une sonde soigneusement lavée dans une solution phéniquée; si les urines s'altèrent, deviennent ammoniacales, on fera des injections dans la vessie avec une solution d'acide borique.

Plus tard on surveillera l'attitude des membres, on fera porter au malade certains appareils spéciaux, on électrisera ses muscles atrophiés.

2° AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DU RACHIS.

On ne rencontre guère dans la pratique qu'une seule affection inflammatoire du rachis, et toujours elle revêt une forme chronique. Elle est connue sous le nom du *mal vertébral* ou *mal de Pott*. La maladie peut se développer au niveau de l'articulation occipito-atloïdo-axoïdienne et prend alors le nom de *mal sous-occipital*, mais je m'occuperai plus utilement de cette dernière affection à propos des maladies du cou.

Il y a quelques années encore le mal de Pott était rattaché à diverses lésions du rachis: ostéite, carie, nécrose, arthrite, polyarthrite, mais aujourd'hui l'accord est à peu près unanime sur ce

point: la présence de masses tuberculeuses enkystées ou infiltrées dans le corps des vertèbres est la cause essentielle, sinon unique, du mal de Pott, notion qui n'est pas sans importance pour la direction à imprimer au traitement.

Voici comment se déroulent en général les phénomènes propres à cette affection:

On soumet à votre examen un enfant ou un jeune sujet (car le mal de Pott est spécial à l'enfance et à l'adolescence), et l'on vous dit: Depuis quelque temps, cet enfant n'a plus la liberté complète de ses mouvements; il se fatigue plus vite; il se plaint de douleurs vagues dans le dos, de douleurs qui font le tour de la taille. Les nuits ne sont pas précisément mauvaises, mais l'enfant fait entendre des plaintes durant son sommeil. Cependant il marche, court, joue comme les autres enfants, et sa santé générale n'est pas altérée.

Vous examinez le malade et ne constatez rien d'anormal du côté de l'épine dorsale; pressez alors avec un doigt sur la série des apophyses épineuses; parfois vous amenez la production d'une douleur sur un point très déterminé: c'est un symptôme de haute valeur. Mettez à terre un objet quelconque et ordonnez au malade de le ramasser: au lieu de courber tout de suite le tronc par un mouvement rapide en se tenant debout sur les deux pieds, l'enfant hésitera d'abord, et vous le verrez se mettre instinctivement à genoux pour se rapprocher de l'objet, afin d'éviter à sa colonne vertébrale un mouvement de flexion.

Ces deux phénomènes: douleur à la pression limitée à une apophyse épineuse, rigidité instinctive de la colonne vertébrale, fournissent de grandes probabilités en faveur d'un mal de Pott à son début et vous devez instituer sans retard le traitement convenable.

Cette première exploration vous renseigne non seulement sur l'existence probable de la maladie, mais encore sur son siège.

La maladie continue son évolution. Lorsqu'un peu plus tard vous examinez à nouveau la colonne vertébrale, un autre phénomène s'est produit, mais celui-là pathognomonique. Dans le point où vous aviez constaté de la douleur apparaît un relief anormal, une *gibbosité*: c'est une apophyse épineuse débordant plus ou moins en arrière celles qui sont au-dessus et au-dessous. La saillie qu'elle forme est donc *anguleuse*, et de plus elle est *médiane*, deux caractères propres à la déviation vertébrale dans le mal de Pott. Ce nouveau signe vous permet de suivre pas à pas la marche de

la lésion. Le noyau tuberculeux qui occupait le corps vertébral s'est ramolli et a détruit le tissu spongieux; la vertèbre s'est affaissée en avant et il en est résulté une coudure brusque, partielle, qui se traduit par une saillie exagérée de l'apophyse épineuse.

A cette période, le diagnostic est certain. Quelle autre affection pourrait en effet avoir votre malade? une scoliose? mais dans ce cas la colonne vertébrale subit une inflexion latérale et, s'il existe une gibbosité, celle-ci est latérale, régulièrement arrondie et formée par la saillie des côtes. Pour un œil un peu exercé, il n'y a aucune ressemblance entre ces deux affections. Une cyphose? l'erreur serait facile, car dans ce cas la gibbosité est médiane et formée par les vertèbres: mais la cyphose est une inflexion de la colonne vertébrale et non une coudure brusque; elle porte sur une série de vertèbres: aussi la saillie est-elle arrondie et non anguleuse. Quelquefois, il est vrai, la tuberculose atteint plusieurs vertèbres, et la gibbosité se rapproche alors davantage de celle qui résulte de la cyphose rachitique: mais dans ce cas même la partie médiane de la gibbosité présente toujours un angle et non une courbe régulière. D'ailleurs, pour confondre ces deux affections, il faudrait faire abstraction des autres symptômes fournis par le mal de Pott, et surtout de la marche de la maladie.

Les signes constatés jusqu'à présent résultent de la présence d'un noyau tuberculeux ramolli dans un corps vertébral et de l'affaissement de ce corps, mais d'autres phénomènes peuvent apparaître par suite du retentissement de la maladie sur la moelle et ses enveloppes.

A une époque peu avancée de la maladie, quelquefois avant l'apparition de la gibbosité, le malade ressent de l'engourdissement, des fourmillements dans les membres. Il survient parfois une paralysie, surtout de la motilité, soit incomplète, soit complète et s'étendant plus ou moins haut suivant le siège de la lésion.

Lorsque ces symptômes apparaissent, vous en concluez que l'axe médullaire est atteint. Il l'est de plusieurs manières. Tantôt il survient de la pachyméningite, avec épaissement considérable de la dure-mère, d'où compression de la moelle; ou bien le foyer tuberculeux ramolli fait irruption dans le canal rachidien et produit un résultat analogue; la moelle peut elle-même subir une altération plus ou moins profonde, une sclérose avec atrophie de ses cordons. Lorsqu'il y a affaissement vertébral et gibbosité, la substance nerveuse se trouve parfois comprimée, mais cette der-

nière cause de paralysie, considérée jadis comme la plus fréquente, est en réalité la plus rare, ce qui ne surprend pas, si l'on réfléchit à la largeur du canal rachidien par rapport au volume de la moelle (fig. 30); celle-ci est repoussée, déviée, mais conserve ses propriétés.

M. Lannelongue a observé dans quelques cas une diminution notable du volume de l'aorte au voisinage du mal de Pott, et il a pensé, non sans raison, que certaines parésies fugaces étaient sans doute le résultat de cette altération.

Si je signale ces divers points relatifs à l'anatomie pathologique du mal de Pott, c'est que le praticien devra toujours les avoir présents à l'esprit pour comprendre les symptômes qui s'en déduisent logiquement et souvent aussi pour instituer un traitement rationnel.

Un dernier phénomène apparaît encore dans le cours de la maladie, et ce n'est pas le moins grave. Le pus résultant de la fonte des tubercules et de la destruction du tissu spongieux de la vertèbre peut, avons-nous dit, pénétrer dans le canal rachidien et comprimer la moelle, mais ce n'est pas là sa marche habituelle. La collection purulente, bridée par les surtout ligamenteux antérieur et postérieur fort résistants, se porte soit en bas, soit sur les côtés, soit même en haut, et donne naissance à un *abcès par congestion*. C'est une complication redoutable, fréquente, et dont le praticien doit toujours rechercher avec soin l'existence, d'autant plus que cet abcès apparaît dans un point souvent fort éloigné du siège du mal, et ne révèle en général sa présence par aucun signe physiologique, au moins au début.

Vous explorerez avec soin les fosses iliaques, l'attache du psoas au petit trochanter, points où l'abcès par congestion se montre de préférence. Vous explorerez également la région fessière, car le pus sort quelquefois par l'échancrure sciatique; plus rarement il apparaît sur les côtés des gouttières vertébrales, dans le voisinage de la vertèbre atteinte. Une tuméfaction insolite et la fluctuation sont d'habitude les seuls signes qui vous conduiront au diagnostic.

Les diverses étapes que parcourt le mal de Pott sont donc marquées par les principaux signes suivants: douleur limitée à un point de la colonne vertébrale et raideur instinctive du tronc, — production d'une gibbosité, — troubles médullaires d'intensité variable, — abcès par congestion. Toutefois l'ensemble de ces signes ne se produit pas fatalement; certains sujets échappent aux

complications du côté de la moelle, et aux abcès par congestion, mais la gibbosité doit être considérée comme constante et reste un stigmate indélébile d'un mal de Pott antérieur.

Que devient un sujet atteint de mal vertébral ?

La guérison est possible à toutes les périodes de la maladie, même lorsqu'il existe des abcès par congestion ; chacun de nous en a observé des exemples dans sa pratique, mais c'est l'exception. Un temps très long est nécessaire pour amener une cure définitive, car celle-ci résulte de l'oblitération du foyer de carie par soudure entre elles des parois osseuses et de la production d'arcs-boutants qui soutiennent l'édifice effondré. Quelques malades sont même assez heureux pour recouvrer l'intégrité de la santé et vivre de la vie commune. D'autres guérissent, c'est-à-dire ne meurent pas, mais conservent des traces de la maladie : atrophies musculaires, contractures et déviations des membres, arthropathies, les lésions, en un mot, consécutives aux myélites chroniques. Enfin un grand nombre succombent, comme succombent les sujets atteints de tumeurs blanches articulaires, c'est-à-dire à la cachexie tuberculeuse. Ajoutons-y les complications d'origine médullaire : eschares du sacrum, lésions réno-vésicales, etc. Ajoutons encore que l'abcès résultant de la carie vertébrale est en raison de ses dimensions, de sa profondeur, de son éloignement habituel du siège primitif du mal, plus grave que l'abcès articulaire, et que l'ouverture d'un pareil foyer peut à elle seule entraîner la mort, malgré toutes nos précautions antiseptiques.

Le *traitement* du mal de Pott présente de réelles difficultés, et les praticiens ne sont pas tous d'accord sur certains points de la plus haute importance.

Vous êtes appelé à observer le malade aux quatre époques suivantes :

Vous soupçonnez l'existence d'un mal de Pott ;

Le mal de Pott est confirmé, il existe une gibbosité ;

Le malade présente des complications médullaires ;

Il existe un abcès par congestion.

Que faire au début du mal de Pott ? La principale question à résoudre est celle-ci : Faut-il condamner le malade à un repos absolu dans la position horizontale ? faut-il le laisser marcher ?

Nous tournons ici dans un cercle vicieux : la maladie résulte

d'un mauvais état constitutionnel du sujet, il y a donc un intérêt de premier ordre à relever cette constitution chétive et surtout à ne rien faire pour l'étioler encore davantage. Or ce dernier résultat n'est-il pas à craindre à la suite d'un repos absolu et prolongé ? d'autre part, l'immobilité paraît nécessaire pour maintenir au repos les parties malades et ne pas troubler le travail réparateur de la nature ; pour éviter peut-être les complications médullaires.

Voici ma règle de conduite : je donne le pas à l'état général sur l'état local, et ne prescris pas le repos complet au début de la maladie. Est-ce à dire qu'il ne faille prendre aucunes précautions ? Non, sans doute ; je conseille un exercice modéré et fais tout de suite porter un corset orthopédique (je dirai plus loin, à propos de la scoliose, les conditions que doit, à mon avis, remplir le corset). Si l'enfant est en cours d'études, il faut interrompre ; le soumettre au régime tonique et reconstituant classique : huile de morue, bains de mer, etc. Je recommande d'éviter la fatigue et surtout les sauts brusques.

Si la douleur, au lieu d'être modérée, prenait une intensité spéciale, il faudrait sans aucun doute ordonner le repos au lit.

Le mal de Pott est confirmé, il existe une gibbosité : le raisonnement précédent me paraît encore applicable. Votre malade guérira d'autant plus que sa santé générale sera meilleure : soumettez-le donc à une bonne hygiène, c'est-à-dire à un exercice modéré. Quant à la colonne vertébrale, soutenez-la ; immobilisez-la avec un bon tuteur ; le travail de réparation du foyer de tuberculose se fera dans la position verticale aussi bien que dans la position horizontale, du moment où vous ne le troublez pas par des exercices immodérés. Roeser n'a-t-il pas fait cette remarque intéressante que les enfants des pauvres abandonnés à la vie en plein air, sans aucun traitement spécial, guérissaient mieux du mal de Pott que les enfants des riches bien soignés, mais séquestrés (1) ?

Faut-il tenter de redresser la gibbosité, soit par le décubitus ventral prolongé, le décubitus dorsal, ou par des manœuvres extensives ? Cette pratique n'aurait d'effet qu'avant la soudure

(1) J'observe actuellement dans mon service un jeune garçon atteint d'une arthrite tuberculeuse du pied. Il présente une énorme gibbosité de la région dorsale qui a mis trois ans à se développer. Il n'a présenté ni paralysie ni abcès par congestion et paraît aujourd'hui complètement guéri de son mal de Pott : or il n'a jamais gardé le repos, mais a seulement porté un corset de Sayre pendant trois mois.

entre eux des corps vertébraux détruits ou la production des jetées osseuses, et je la crois pour mon compte plus nuisible qu'utile. Je préfère laisser la nature accomplir seule son œuvre de réparation.

Le malade présente des complications médullaires. La question se trouve toute résolue, le malade doit être tenu couché et immobilisé, dans une gouttière de Bonnet, par exemple, même lorsqu'il n'existe que de la parésie. On aura recours aux divers révulsifs, surtout aux pointes de feu appliquées de temps en temps au niveau de la gibbosité. Le malade sera promené en plein air dans une voiture, exposé à une atmosphère maritime, si c'est possible.

Lorsqu'une paralysie coïncide avec une gibbosité, la tentation est grande d'exercer une certaine extension sur la colonne vertébrale pour dégager la moelle que l'on suppose comprimée.

Mais à quelle cause est due la compression? est-ce au déplacement d'une vertèbre, à une pachyméningite, à une collection purulente ou bien à une myélite? on ne peut le savoir et par conséquent on se livre, à mon avis, à une manœuvre aveugle capable de produire des accidents. N'est-il pas assez fréquent d'ailleurs d'observer des malades chez lesquels la paralysie disparaît spontanément?

Lorsqu'il survient de violentes douleurs irradiantes qui peuvent être occasionnées par la compression des nerfs au niveau des trous de conjugaison, un certain degré d'extension, comme en exerce, par exemple, le corset de Sayre (1), peut arriver à calmer

(1) Voici la description du corset de Sayre, rédigée par un de mes anciens internes, M. le Dr P. Hamonic, qui l'appliqua dans mon service.

1° *Préparation des bandes.* — On prend de longues bandes de tarlatane, ayant 4 mètres de longueur environ, sur 40 centimètres de large. On les replie sur elles-mêmes en trois doubles. On saupoudre de plâtre à mouler le double du milieu. On a soin de répandre le plâtre d'une façon bien égale. On rabat alors un des doubles sur le plâtre étalé. Au-dessus du double rabattu on étale une autre couche de plâtre très légère, puis on rabat enfin le troisième double et on roule la bande ainsi préparée comme une bande de toile.

Il est bon de préparer cinq ou six bandes.

Il faut avoir à sa disposition :

- 1° De l'eau pure;
- 2° De l'eau fortement salée, pour faire prendre le plâtre plus vite, si c'est nécessaire;
- 3° De la colle de farine qui, mélangée au plâtre, en retarde la solidification;
- 4° Des lames de zinc ou de fer-blanc flexibles, destinées à renforcer l'appareil. On les coupe de dimension à l'aide de cisailles.

2° *Position et préparation du malade.* — Dans certains cas, pour redresser la

les douleurs, mais, en somme, je ne suis point partisan des manœuvres violentes dans le traitement du mal de Pott.

courbure vertébrale, on suspend le malade à l'aide de courroies qui le prennent sous les aisselles, et d'une mentonnière qui le prend sous la mâchoire.

Les courroies des aisselles se fixent aux extrémités d'une sorte de fléau de balance auxquelles s'attachent aussi les chefs de la mentonnière.

Le fléau est suspendu, à sa partie moyenne, à une moufle à l'aide de laquelle on peut élever ou abaisser le malade.

La suspension du malade peut déterminer des accidents (*dyspnée, vomissements, cyanose, asphyxie*). La mort a été même observée une fois en Amérique).

Souvent il n'est pas besoin de suspendre l'enfant, ce qui évite tous ces accidents. Le malade reste alors debout, se redressant le mieux possible. Il peut, à l'aide de ses mains, prendre un point d'appui sur un meuble voisin. Il est bon de lui faire lever les bras.

Le malade étant en place, on rabaisse sa chemise de haut en bas sur ses jambes, en la retournant comme un doigt de gant. On garantit ainsi du contact du plâtre les jambes revêtues ou non du pantalon.

Cela fait, on applique sur le thorax un gilet très collant de soie ou de flanelle, ou bien on enduit le tronc d'une substance grasse, ou bien on ne met rien du tout. Il n'y a en effet que peu d'inconvénient au contact direct du plâtre avec la peau.

3° *Application de l'appareil.* — On prend alors une bande de tarlatane plâtrée. On l'imbibe dans l'eau pure ou dans l'eau salée si on veut que le plâtre prenne plus vite, et on l'enroule autour du corps de l'enfant, de bas en haut, en commençant au niveau du bord supérieur des os coxaux. On remonte peu à peu jusqu'au-dessous des aisselles en formant un enveloppement exact. Il ne faut pas trop serrer, car le plâtre en se rétractant comprimerait le tronc et gênerait la respiration.

On roule de la même façon une seconde, une troisième et même une quatrième bande, si c'est nécessaire.

Il est utile de renforcer l'appareil en plaçant le long de la colonne, de chaque côté de la crête épinière et même sur les parties latérales du thorax, des lames en zinc, que l'on coupe de longueur et qu'on incurve plus ou moins de façon qu'elles s'appliquent bien exactement sur les parties. On passe au-dessus d'elles avec les bandes plâtrées. Un aide les maintient pour qu'elles conservent leur position exacte.

Les bandes appliquées (il faut qu'il y ait sur toute l'étendue du thorax trois ou quatre bandes superposées), on termine l'appareil en le couvrant d'une bonne couche de plâtre qu'on étale et qu'on lisse à l'aide des mains.

Pour gâcher ce plâtre on met à peu près une partie d'eau et une partie et demie de plâtre.

Si on voulait en retarder la coagulation, on ajouterait une ou deux cuillerées de colle de pâte. Mais cette précaution est le plus souvent inutile. Elle a même l'inconvénient de retarder la solidification. Si on l'omet, il faut aller vite, car le plâtre n'est pas long à prendre.

Cela fait, on laisse sécher. On couche l'enfant horizontalement sur le ventre, et on lui recommande de respirer doucement.

4° *Achèvement de l'appareil.* — Le corset à peu près sec, on en régularise les bords qu'on déjette en dehors, pour qu'ils ne blessent pas la peau, surtout au niveau des aisselles.

Si le malade était très gêné pour respirer, on ferait une petite entaille au corset, sur la ligne médiane et en avant. Cette entaille n'aurait que quelques centimètres. Il vaut mieux la faire en bas qu'en haut. Souvent on entaille le corset en bas et en haut en même temps. Quelquefois l'incision va du bord supérieur au bord inférieur.

Il existe un abcès par congestion. L'abcès par congestion se produisant souvent sans douleur, sans réaction locale, n'empêche pas en général les malades de marcher et même de se livrer à leurs occupations habituelles; nous en avons journellement la preuve, car c'est souvent par hasard que l'on découvre le foyer.

Quelle conduite tenir à l'égard de ces abcès? D'abord il est utile de savoir qu'ils peuvent subir une régression et disparaître spontanément; j'en ai vu des exemples pendant mon internat chez Bouvier, qui insistait beaucoup sur ce point; toutefois le fait est très exceptionnel. En général, l'abcès augmente peu à peu de volume, provoque des phénomènes de compression variables suivant son siège, s'enflamme et finit par s'ouvrir de lui-même, soit dans une cavité voisine, soit à l'extérieur. Il constitue donc une complication d'une gravité extrême, et les malades atteints d'abcès par congestion succombent le plus ordinairement.

Sous l'influence de la méthode antiseptique, le traitement des

Dès lors il faut placer au-dessus du corset-plâtre une bande sèche pour maintenir les bords de l'appareil plus ou moins rapprochés l'un de l'autre.

Qu'on n'oublie pas que souvent un enfant gêné au début pour respirer ne l'est plus au bout de quelques heures.

Il ne faut donc pas se hâter de pratiquer à l'appareil des incisions qui ne font qu'en affaiblir la résistance.

5° *Conséquences.* — Ordinairement le malade éprouve un énorme soulagement. Il peut marcher et se remuer sans douleur, etc.

L'état général ne tarde pas à se modifier aussi, le petit malade pouvant accomplir des exercices dont il était privé lorsqu'il conservait le repos au lit.

Un détail est à signaler :

Lorsque le thorax est emprisonné dans le corset, l'anus et le périnée montent et descendent, en même temps que le diaphragme dans l'expiration et l'inspiration.

Si, à l'aide du poing, on comprime ces parties, on détermine aussitôt de la suffocation.

Il est donc nécessaire de faire asseoir le malade sur une chaise percée, ou sur un rond de cuir, afin d'éviter la compression du périnée et de la région anale.

Quelquefois le corset est trop serré et, malgré les incisions, le malade est gêné pour respirer ou accuse de la douleur.

Tout est alors à recommencer.

6° *Durée.* — L'appareil doit rester en place un nombre très variable de mois. Cela dépend absolument de la gravité et de la forme du mal de Pott.

Mais de toutes façons il est bon de le renouveler tous les quatre mois, car à la longue il se desserre un peu, soit que le plâtre cède, que l'enfant maigrisse, ou en toute autre circonstance.

Il est bon aussi, tous les quatre mois, de voir où en est la lésion vertébrale.

On enlève donc l'appareil en le coupant en avant sur la ligne médiane, à l'aide de la scie ou des cisailles.

On fait prendre un bain à l'enfant.

On applique sur la colonne des pointes de feu, ou autre chose, si on le juge à propos, et on replace le corset de Sayre en suivant exactement la même technique.

abcès froids en général, celui des abcès par congestion en particulier, se sont profondément modifiés, et d'une façon avantageuse. Nous ouvrons couramment les abcès froids, nettoyons avec soin la cavité, grattons la paroi avec la curette tranchante, la touchons ensuite avec la solution phéniquée forte, et réunissons la peau en laissant un drain dans la poche. Si l'abcès est symptomatique d'une lésion osseuse, on enlève en même temps la portion d'os malade.

Cette méthode de traitement est-elle applicable à la cure des abcès par congestion du mal de Pott? Quelques chirurgiens le pensent, mais je ne suis pas encore arrivé à être de leur avis. La dimension du foyer, sa profondeur, ses sinuosités, ne permettent pas de le nettoyer complètement, et encore moins d'arriver jusque sur la portion osseuse malade. A quoi donc sert de l'ouvrir, puisqu'on n'en peut obtenir la guérison et que le seul résultat sera d'établir une fistule? Je pense donc, jusqu'à nouvel ordre, que l'abcès doit être respecté, tant qu'il ne cause pas de douleur et ne menace pas de s'ouvrir, et encore faut-il dans ces cas le vider avec un appareil aspirateur et répéter la ponction lorsque le pus se reproduit. Après quelques ponctions, l'orifice ne se cicatrise plus et une fistule s'établit. Il est alors préférable d'ouvrir largement l'abcès, de le nettoyer, d'y établir un bon drainage, et de pratiquer chaque jour des lavages antiseptiques; c'est le meilleur moyen de s'opposer à la septicémie, qui finit néanmoins, dans la grande majorité des cas, par emporter le malade.

3° AFFECTIONS ORGANIQUES DU RACHIS

Le symptôme le plus commun que présentent les sujets atteints de lésion organique du rachis est la douleur ou *rachialgie*, mais ce symptôme est aussi des plus vagues, puisqu'il s'applique à un grand nombre d'affections. Il en faut donc étudier avec soin les caractères pour en tirer parti au point de vue du diagnostic. Plus tard, lorsque la lésion progresse, d'autres accidents liés au voisinage de la moelle ne laissent plus de doute sur la nature de la maladie, mais c'est au début qu'il serait nécessaire d'être fixé.

Je suppose donc un sujet accusant de la douleur sur le trajet de la colonne vertébrale : comment devez-vous procéder à son examen?

L'interrogatoire vous fera tout de suite éliminer le traumatisme.

Vous tiendrez grand compte de l'âge : s'agit-il d'un enfant ou