

Dans le mal de Pott, la paralysie peut se montrer avant la production de la gibbosité ; on explique ce fait en admettant qu'il se développe des tubercules dans le canal rachidien en même temps que se produisent les altérations des corps des vertèbres, ou bien encore parce qu'un abcès froid proémine de bonne heure du côté de la moelle épinière. Lorsque la paralysie arrive en même temps que la gibbosité, il y a compression de la moelle par l'inclinaison des corps des vertèbres ou par la projection de séquestres en arrière, c'est-à-dire du côté du canal rachidien.

Diagnostic. Il est obscur au début ; l'affection peut être confondue alors avec une *névralgie intercostale*, une *néphrite chronique*, un *rhumatisme des muscles vertébraux*. On tiendra compte de l'âge du sujet, le mal de Pott se montrant surtout dans l'enfance ; la néphrite, le rhumatisme et la névralgie intercostale se développant à un âge plus avancé de la vie. Dans la *myélite*, on n'observe pas généralement une douleur fixe sur un point du rachis.

Lorsqu'il existe une gibbosité, le diagnostic est plus facile ; on ne s'en laissera pas imposer par une *déviations essentielle du rachis* (p. 713), parce que celle-ci est exempte de douleur locale et de phénomènes de paralysie, qu'elle représente une courbe arrondie et non une saillie anguleuse. Toutefois A. Ripoll prétend que dans le mal de Pott symptomatique d'une arthrite vertébrale, la gibbosité est *curviligne* et non *anguleuse* ; mais dans l'arthrite vertébrale il y a des troubles de la locomotion qui n'existent pas dans les déviations essentielles du rachis.

En cas de gibbosité et d'abcès par congestion, le diagnostic est plus facile encore ; il y a cependant des erreurs possibles : ainsi on a pris des anévrysmes de l'aorte thoracique pour des abcès par congestion dépendant d'une affection des vertèbres ; une tumeur hydatique du canal vertébral, ayant donné lieu à la déformation de l'épine et à une collection fluctuante, en a imposé pour un abcès par congestion, symptomatique du mal de Pott. Une dégénérescence cancéreuse des vertèbres avec tumeur fluctuante peut donner lieu aussi à une méprise.

Causes. Le mal de Pott est bien plus commun dans l'enfance qu'aux autres périodes de la vie. On considère comme causes prédisposantes le tempérament lymphatique, les scrofules, le rhumatisme. Tout ce qui débilite l'économie est apte à en favoriser la production ; on cite surtout les excès de masturbation. Parfois le mal se développe à la suite de violences extérieures exercées sur le rachis.

Pronostic. Il est toujours fâcheux. La production d'une gibbosité est une circonstance favorable, parce que la déformation de la colonne vertébrale indique un travail de réparation des lésions osseuses. Le pronostic est très-grave s'il existe en même temps des tubercules pulmonaires, s'il se manifeste un abcès par congestion.

Traitement. Il comporte l'emploi de moyens généraux subordonnés à la diathèse et des moyens locaux suivants :

Pour combattre l'inflammation des parties qui entourent le foyer tuberculeux, pour arrêter la marche de l'ostéite et la phlegmasie du cordon ra-

chidien, tous les praticiens s'accordent à conseiller l'application de plusieurs *cautères* de chaque côté de l'altération vertébrale. Ces cautères sont entretenus pendant plusieurs mois avec des pois. Je préfère des *cautères volants* appliqués successivement sur les divers points des côtés de la gibbosité. A. Ripoll se loue, dans l'arthrite vertébrale débutante, du *calomel* à l'intérieur à doses fractionnées et de *bains de sublimé*. L'exercice du malade est préférable au repos, par les raisons exprimées page 602, et parce que la déambulation faite d'une manière convenable favorise l'affaissement de l'excavation des corps vertébraux. Toutefois, pour prévenir des désordres graves succédant à une fracture des portions de l'os évidé, il est plus convenable de soutenir le tronc au moyen d'un corset semblable à celui qu'on emploie dans les déviations essentielles de la colonne vertébrale (p. 723).

CHAPITRE IV.

DÉVIATIONS DU RACHIS.

Les déviations du rachis sont la conséquence de lésions traumatiques ou de maladies organiques (ostéite, carie, tubercules) de la colonne vertébrale ; ou bien elles se produisent sans qu'il y ait primitivement une altération appréciable du tissu osseux. Les premières sont des *déviations symptomatiques*, et leur histoire a été exposée précédemment ; les autres sont des *déviations dites essentielles*, ce sont les seules dont il sera question ici.

Espèces de déviations. La colonne vertébrale se plie en avant, c'est-à-dire qu'elle présente une concavité antérieure ; on appelle cette déviation *cyphose*. Ou bien la tige rachidienne se plie en arrière, de façon à offrir une convexité en avant ; il y a alors *lordose*. Ou bien encore, ce qui est beaucoup plus commun, la colonne vertébrale se plie sur l'un des côtés : c'est la *scoliose* (fig. 151 et 152, p. 716 et 717).

I. DÉVIATIONS A CONVEXITÉ POSTÉRIEURE OU CYPHOSE.

Il en existe deux variétés : tantôt la déviation porte sur la colonne vertébrale tout entière (cyphose générale), tantôt elle n'atteint qu'une portion limitée de la tige rachidienne (cyphose partielle).

Anatomie pathologique. Dans la *cyphose générale*, le rachis, au lieu de présenter les trois courbures qui existent dans l'état normal, est réduit à un arc de cercle à concavité tournée en avant ; la convexité antérieure des régions cervicale et lombaire a disparu ; la concavité antérieure normale de la région dorsale a augmenté. Pour qu'un tel changement se produise, il faut que les diverses pièces de la colonne vertébrale aient subi des modifications de dimension dans leurs parties respectives : on constate en effet

que les corps vertébraux ont moins de hauteur en avant qu'en arrière; que les disques intervertébraux sont plus minces en avant qu'en arrière. Il résulte de cette disposition que les apophyses épineuses et transverses sont plus écartées les unes des autres que dans l'état normal; le ligament vertébral commun antérieur est raccourci, pendant que le ligament vertébral commun postérieur et les ligaments jaunes sont allongés; les muscles des gouttières vertébrales sont allongés; les fibres en sont pâles, minces. De la courbure anormale de la colonne vertébrale résulte que les côtes sont plus rapprochées en avant, plus écartées en arrière; le sternum, repoussé en avant, est lui-même de forme convexe en avant ou en arrière; la partie inférieure de l'omoplate s'écarte du thorax; le bassin est plus oblique sur le rachis que dans l'état normal; la face antérieure en est tournée plus en bas; l'angle sacro-vertébral est parfois effacé. Des changements s'opèrent dans les dimensions des cavités thoracique et abdominale: le diamètre antéro-postérieur de la poitrine est allongé, les diamètres vertical et transverse ont diminué; la cavité abdominale a diminué de capacité: les viscères en sont refoulés en avant et en bas, l'aorte est devenue flexueuse.

La *cyphose partielle* occupe le plus souvent les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales, elle est alors *cervico-dorsale*; elle se rencontre rarement à la région lombaire ou à la cervicale. La courbe est plus ou moins prononcée, mais toujours arrondie, de façon qu'en explorant la rangée des apophyses épineuses on ne trouve jamais une de ces saillies abruptes qui sont la conséquence d'une fracture de la colonne vertébrale ou du mal vertébral de Pott. Dans la *cyphose partielle*, le corps des vertèbres et les disques intervertébraux offrent les mêmes changements de dimensions que dans la *cyphose générale*.

Causes. Chez l'enfant, on considère comme prédisposition à la *cyphose* la texture propre aux vertèbres; celles-ci sont formées d'un tissu souple, facile à affaisser jusqu'à l'époque de l'ossification. On admet comme cause efficiente l'habitude de se pencher trop en avant pour lire, écrire, faire des travaux d'aiguille. Mais comme tous les enfants prennent ces attitudes et que la *cyphose* n'est pas la conséquence obligée de ces dernières, on est bien forcé de reconnaître qu'il faut une autre circonstance pour produire ce genre de déviation. On se rejette alors sur la *constitution* délicate de l'enfant, chez lequel, dit-on, les muscles spinaux postérieurs sont trop faibles pour maintenir le tronc dans la rectitude; et comme les filles sont généralement plus *déliées* que les garçons, qu'à l'époque de la puberté elles sont plus souvent assises et courbées en avant pour leurs travaux que les garçons, on explique ainsi la plus grande fréquence de la déviation dans le sexe féminin. Malgaigne place le point de départ des déviations vertébrales dans la *laxité pathologique* des ligaments, laxité due à un état général de débilité; Delpech admet une affection propre et primitive des *cartilages intervertébraux*; Bouvier veut au contraire que les *vertèbres* soient primitivement affectées. Quel que soit le point de départ de l'affaiblissement de la tige rachidienne, on comprend toute l'importance de cette cause prédisposante et les conséquences qu'entraînent dans ces cas des attitudes vi-

cieuses. En effet, ces attitudes communiquent à la colonne vertébrale des inflexions anormales qui cessent avec les attitudes elles-mêmes, lorsque la tige rachidienne est dans des conditions normales. Si au contraire la colonne est affaiblie par une des causes invoquées précédemment, elle ne reprend qu'imparfaitement ses courbures primitives. Supposez une tige élastique que vous courbez sur elle-même en pliant les extrémités dans le même sens; dès que vous cessez les tractions, la lige reprend sa direction rectiligne; si elle est moins élastique, le redressement est incomplet.

C'est aussi par l'affaiblissement sénile de quelques-uns des éléments de la colonne vertébrale que l'on se rend compte de la *cyphose* à une période avancée de la vie. L'habitude de tenir le tronc penché en avant, plusieurs heures par jour, ainsi qu'on l'observe chez les cultivateurs, a une grande influence sur la production de la *cyphose*.

Symptômes. Dans la *cyphose générale*, le tronc tout entier et la tête sont projetés en avant; le sujet ne peut regarder en haut; il est obligé, pendant la station debout et la marche, d'appuyer les mains sur les genoux pour prévenir la chute du corps en avant. Dans la *cyphose partielle du cou*, la tête est plus ou moins inclinée en avant; au début, le malade peut encore la redresser; plus tard, la tête reste invariablement penchée en bas, parce qu'alors la courbure comprend non-seulement les vertèbres cervicales mais encore les vertèbres dorsales supérieures. Dans la *cyphose partielle dorsale*, la tête est enclavée entre les épaules. Dans la *cyphose partielle lombaire*, la cambrure naturelle des lombes est effacée, remplacée plus tard par une convexité.

Diagnostic. Il n'est pas difficile. Il suffit d'avoir présentes à l'esprit les courbures normales du rachis qu'on explore par la région dorsale, en suivant la ligne des apophyses épineuses: concavité à la région cervicale, convexité à la région dorsale, concavité à la région lombaire. On ne confondra pas la *cyphose essentielle* avec la *cyphose symptomatique*, parce que dans la première la saillie des apophyses épineuses est peu prononcée, de manière que la courbe décrite par ces apophyses appartient à un grand rayon, tandis que, dans la *cyphose symptomatique* d'une fracture de la colonne vertébrale ou du mal de Pott, une ou plusieurs apophyses épineuses font une saillie abrupte.

Pronostic. Il n'est pas grave comme dans la scoliose, parce que la courbure antérieure du rachis n'entraîne pas de troubles graves dans les fonctions des organes de la poitrine et de l'abdomen. Toutefois la *cyphose* est une difformité plus ou moins marquée et apporte de la gêne dans la marche.

Traitement. La *cyphose générale confirmée* ne comporte qu'un traitement palliatif, à savoir l'usage de béquilles pour faciliter la marche. La courbure est-elle peu prononcée et atteint-elle de jeunes sujets, on peut en arrêter les progrès et même en obtenir la guérison par des moyens hygiéniques, une médication appropriée et l'emploi de moyens mécaniques.

Parmi les moyens hygiéniques, il faut citer en première ligne les exercices méthodiques qui forcent les muscles spinaux postérieurs à se con-

tracter, ce qui a pour effet de redresser la colonne vertébrale : le saut, la natation, l'ascension à un mât. L'enfant est couché dans un lit à matelas dur, sans oreiller, et sur le dos. On évite la station assise prolongée, surtout le travail à une table. Dans la cyphose dorsale commençante, on recommande l'escrime. Parmi les *médicaments*, on donne la préférence aux toniques et aux reconstituants. Quant aux *moyens mécaniques*, ils se composent de ceintures orthopédiques ou d'autres appareils propres à maintenir la colonne vertébrale redressée. Nous y reviendrons plus loin en décrivant la scoliose (p. 722).

II. DÉVIATIONS A CONVEXITÉ ANTÉRIEURE OU LORDOSE.

Ces déviations sont toujours partielles ; elles occupent la région cervicale ou lombaire. Les altérations des vertèbres et des ligaments sont analogues à celles de la cyphose et présentent une disposition inverse : les corps vertébraux et les disques intervertébraux sont plus minces en arrière qu'en avant, les ligaments postérieurs sont plus courts que les antérieurs ; les lames vertébrales et les apophyses épineuses sont plus imbriquées qu'à l'état normal. Dans la *lordose lombaire*, le bassin s'incline en bas, le sacrum est relevé en arrière ; quelquefois la déviation du bassin est telle, qu'une ligne tirée du pubis au promontoire est presque parallèle à l'axe du tronc. La courbure naturelle de la région dorsale est souvent exagérée pour rétablir l'équilibre. Lorsque la lordose occupe la région dorsale, les corps vertébraux font saillie dans le thorax, et le diamètre antéro-postérieur de cette cavité est diminué.

Quelques auteurs admettent que la *lordose cervicale* peut être *congénitale*, et attribuent cette disposition à un développement plus considérable des vertèbres en avant qu'en arrière. Malgaigne affirme qu'il n'existe dans les annales de l'art qu'un seul cas de déviation congénitale de la colonne vertébrale, rencontré par Chaussier, à moins qu'on ne tienne compte d'anomalies de ce genre rencontrées sur des monstres. Après la naissance, on explique la production de la lordose par certaines attitudes : celle qui consiste à renverser habituellement la tête en arrière pour effacer les épaules joue un rôle dans la production de la déviation cervicale ; l'habitude de marcher en renversant le tronc en arrière, ainsi qu'il arrive aux marchandes ambulantes portant un éventaire, peut donner lieu à la lordose lombaire. Quant à la lordose dorsale, elle est parfois la conséquence de courbures pathologiques de la région cervicale ou lombaire, et alors elle se produit pour rétablir l'équilibre du tronc.

Les symptômes varient d'après le siège de la lordose : celle-ci occupe-t-elle la région cervicale, la tête est renversée en arrière, le menton relevé, les yeux sont dirigés en haut, le larynx et le corps thyroïde sont saillants sous la peau. Affecte-t-elle la région lombaire, il y a une cambrure plus ou moins prononcée de la taille, exagération de volume du ventre dont les viscères sont repoussés en avant par la saillie vertébrale ; inclinaison du bassin.

Lorsque la lordose est peu prononcée, on recommande d'éviter les attitudes qui produisent ou exagèrent la déviation. Si celle-ci est plus marquée, on se gardera de chercher à la redresser si elle consiste en une courbure de compensation ; même dans les cas de lordose essentielle, les moyens mécaniques n'ont qu'une action incomplète.

III. DÉVIATIONS LATÉRALES OU SCOLIOSES.

Anatomie pathologique. Les scoliozes présentent de nombreuses variétés subordonnées au nombre, au siège, à la situation relative, à la saillie absolue ou relative des déviations.

Il est rare qu'il n'existe qu'une seule courbure, au cou, au dos ou aux lombes ; le plus souvent il y en a deux, l'une au dos, l'autre aux lombes (fig. 151, p. 716) ; on en trouve aussi parfois une dans chacune des principales régions de la colonne vertébrale. Quand il n'existe qu'une courbure, la règle est qu'elle occupe le dos ou les lombes ; s'il y a deux courbures, c'est au dos et aux lombes (fig. 151). En cas de scoliose multiple, les courbures sont presque toujours alternes, c'est-à-dire que l'une est à droite et l'autre à gauche de l'axe du rachis (fig. 151) ; ce n'est qu'exceptionnellement que les deux courbures sont placées du même côté de la colonne vertébrale. En général les courbures se présentent comme dans la figure 151 : la courbure dorsale offre une convexité tournée à droite, la courbure lombaire une convexité tournée à gauche.

La saillie en dehors de chaque courbure s'apprécie de la manière suivante : on suppose une ligne partant du point le plus saillant de la courbe et tombant à angle droit sur une autre ligne verticale qui réunit les extrémités de la courbe ; on est convenu d'appeler *flèche* la première de ces lignes, et l'on conçoit dès lors que la flèche est d'autant plus longue que la courbure est plus prononcée. Cette flèche a une longueur de 1 à 2 centimètres, lorsqu'il n'existe qu'une seule scoliose ; elle a de plus grandes dimensions lorsqu'il y a des scoliozes multiples. Dans ce dernier cas, les diverses courbures sont parfois de même étendue, ou bien au contraire l'une d'elles a une flèche plus longue que les autres. Ces variétés dans les dimensions absolues ou relatives des courbures ont fait admettre dans la scoliose des *degrés* et des *espèces* qu'il faut connaître pour comprendre le langage adopté par les chirurgiens et les orthopédistes. Dans la scoliose au *premier degré*, la courbure présente quelques millimètres de *flèche* ; au *second degré*, la *flèche* a une longueur de 2 à 3 centimètres ; au *troisième degré* la *flèche* est plus longue encore. Si, dans une scoliose multiple, les courbures ont la même étendue, la scoliose est dite de la *première espèce* ; si la courbure *dorsale* l'emporte, c'est une scoliose de la *seconde espèce* ; si la courbure *lombaire* est la plus prononcée, c'est une scoliose de la *troisième espèce*.

Examinons maintenant les changements survenus dans le squelette, dans les parties molles extérieures de la colonne vertébrale et dans les parties avoisinantes des courbures. Nous supposons une scoliose double, à

courbure dorsale prédominante (deuxième espèce) et au troisième degré (flèche de la courbure dépassant 3 centimètres).

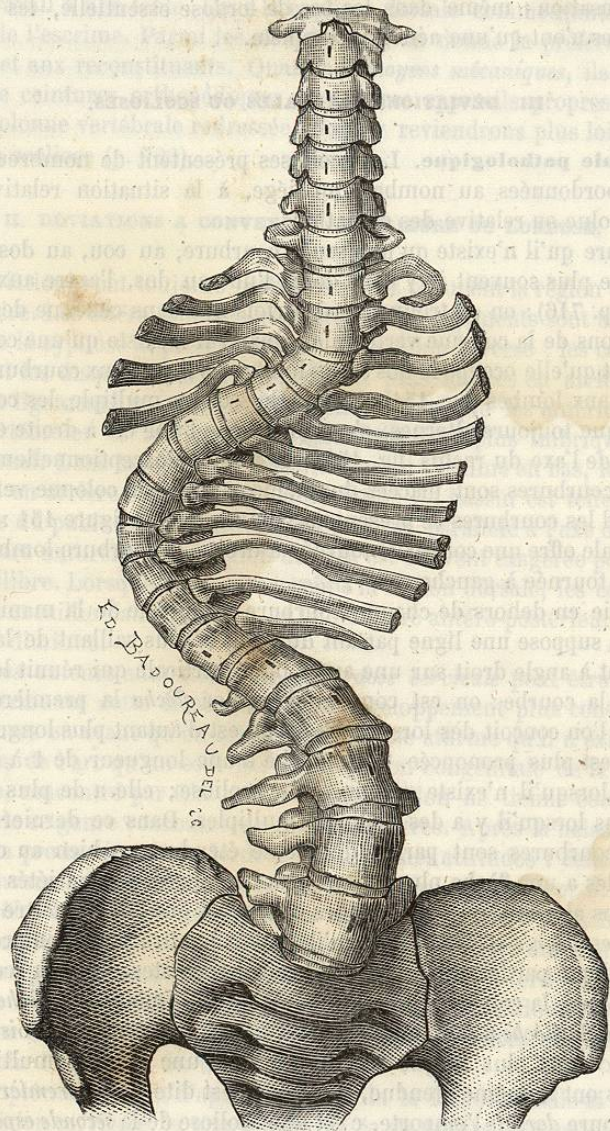


Fig. 151.

Les vertèbres ont subi, au niveau de la courbure dorsale, une déformation bien apparente sur les figures 151 et 152; elles sont affaissées dans leur moitié gauche; en même temps elles ont subi une torsion autour de

leur axe, de façon que la face antérieure du corps de la vertèbre a été transportée vers la *convexité* de la courbure (fig. 151), tandis que les apo-

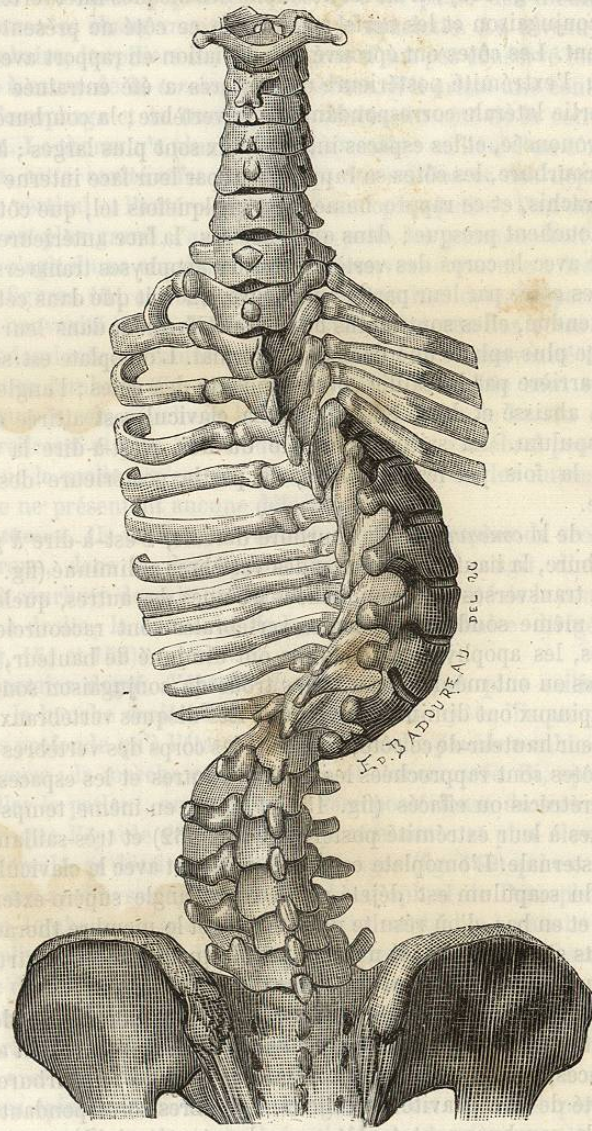


Fig. 152.

physes épineuses et les lames ont été transportées vers la *concavité*. Cette dernière disposition est bien accentuée sur la figure 152, qui montre la face postérieure du tronc. C'est au milieu de la courbure que le mouvement de

rotation est le plus prononcé. A droite de la courbure dorsale, c'est-à-dire du côté *convexe*, la moitié latérale droite des corps vertébraux a une hauteur normale (fig. 152) ; il en est de même des disques intervertébraux ; les trous de conjugaison et les nerfs spinaux de ce côté ne présentent aucun changement. Les côtes ont éprouvé une déviation en rapport avec celle des vertèbres ; l'extrémité postérieure de ces arcs a été entraînée en arrière avec la partie latérale correspondante de la vertèbre ; la courbure des côtes est plus prononcée, et les espaces intercostaux sont plus larges ; à partir du lieu de la courbure, les côtes se rapprochent par leur face interne de la convexité du rachis, et ce rapprochement est quelquefois tel, que côtes et vertèbres se touchent presque ; dans quelques cas, la face antérieure des côtes est soudée avec le corps des vertèbres ou les apophyses transverses. Si on examine les côtes par leur partie antérieure, on voit que dans cette portion de leur étendue, elles sont moins bombées et forment dans leur ensemble une surface plus aplatie que dans l'état normal. L'omoplate est soulevée et portée en arrière par la saillie correspondante des côtes ; l'angle inférieur de l'os est abaissé et dévié en dedans. La clavicule est attirée en arrière par le scapulum. La saillie anormale du dos, c'est-à-dire la *bosse*, est formée à la fois par les vertèbres, la partie postérieure des côtés et l'omoplate.

Du côté de la *concavité* de la courbure dorsale, c'est-à-dire à gauche de cette courbure, la hauteur du corps des vertèbres a diminué (fig. 151) ; les apophyses transverses sont rapprochées les unes des autres, quelquefois en contact et même soudées ; les lames vertébrales sont raccourcies et plus imbriquées, les apophyses articulaires ont diminué de hauteur, sont parfois soudées ou ont même disparu ; les trous de conjugaison sont rétrécis, les nerfs spinaux ont diminué de volume. Les disques vertébraux ont aussi perdu de leur hauteur de ce côté, et parfois les corps des vertèbres sont soudés. Les côtes sont rapprochées les unes des autres et les espaces intercostaux sont rétrécis ou effacés (fig. 151 et 152) ; en même temps les côtes sont aplaties à leur extrémité postérieure (fig. 152) et très-saillantes à leur extrémité sternale. L'omoplate est portée en avant avec la clavicule ; l'angle inférieur du scapulum est déjeté en dedans, l'angle supéro-externe porté en dehors et en bas, d'où résulte que l'épaule et le membre thoracique correspondants sont abaissés. Il n'existe pas de modification de structure du tissu osseux de la vertèbre ni des côtes.

Les masses musculaires des gouttières vertébrales ont subi des altérations : les fibres correspondant à la *convexité* de la courbure sont allongées, pâles, minces, quelquefois transportées à gauche de la courbure, c'est-à-dire du côté de la *concavité* de celle-ci. Les fibres correspondant à la *concavité* de la courbure sont tantôt normales, tantôt rigides, résistantes et inextensibles, parfois passées à l'état *fibreuse*, ou bien encore à l'état *graisseux*.

Bien que les inflexions de la colonne vertébrale soient parfois très-prononcées, la moelle épinière s'accommode aux courbures et échappe à toute compression.

Les autres courbures de la colonne vertébrale présentent les mêmes caractères anatomiques que la courbure dorsale.

Du côté des cavités splanchniques, il s'est passé des modifications en rapport avec les changements subis par le squelette. Au niveau de la courbure lombaire, les piliers du diaphragme n'ont pas conservé leur direction verticale à cause de la *torsion* des vertèbres. S'il existe une courbure cervicale, l'œsophage et la trachée sont déviés du côté de la convexité de la déviation. Le thorax n'a plus sa forme normale : au lieu d'un cône à surface régulière, cette cavité offre par places des saillies et des dépressions ; le diamètre vertical et l'antéro-postérieur sont plus petits ; l'un des diamètres obliques est plus grand, l'autre est plus petit. Le poumon droit (n'oublions pas qu'il s'agit d'une courbure dorsale à convexité tournée à droite, comme dans les figures 151 et 152) est déformé et aminci dans l'espace qui existe entre la convexité de la déviation et la face interne des côtes droites. La cavité abdominale est moins haute ; en raison de la convexité à gauche de la courbure lombaire (fig. 151), le rein droit et le foie sont moins comprimés que le rein gauche et la rate. Ajoutons que le bassin est ordinairement redressé et plus horizontal, l'angle sacro-vertébral peu saillant.

Lorsque la scoliose n'est pas d'origine rachitique, les autres parties du squelette ne présentent aucune déformation.

Symptômes. Ils varient suivant le degré et l'espèce de scoliose ; nous supposerons, dans la description suivante, qu'il s'agit d'une scoliose double, à courbure dorsale prédominante, la convexité de la courbe dorsale tournée à droite, la convexité de la courbure lombaire dirigée à gauche (voy. fig. 151 et 152).

Au premier degré, l'épaule *droite* est un peu plus saillante que la gauche ; la hanche *droite* offre au-dessous de la crête iliaque une dépression plus profonde qu'à l'état normal ; la hanche *gauche* semble un peu plus volumineuse ; la marche est incertaine et embarrassée. Si, après avoir fait déshabiller le patient, on examine la face postérieure du tronc, on reconnaît bien que l'épaule *droite* est plus proéminente et plus élevée. Dans la région dorsale, se dessine une saillie allongée (fig. 152) qui est située entre la ligne des apophyses épineuses et le bord spinal de l'omoplate droite. A la région lombaire on aperçoit une saillie semblable à gauche de la ligne des apophyses épineuses. Les deux bosses sont formées non-seulement par la saillie des os correspondants, mais encore par les muscles extenseurs de la colonne vertébrale, ces muscles étant repoussés en arrière par les apophyses transverses déviées elles-mêmes par la torsion des vertèbres. Si on marque avec de l'encre une série de points correspondant à chacune des apophyses épineuses, on forme une ligne qui est déviée et portée à droite de la face postérieure du tronc à partir de la dernière vertèbre cervicale jusqu'au niveau de la sixième ou septième vertèbre dorsale ; cette ligne décrit donc une courbe à convexité tournée à droite ; elle se dirige ensuite de droite à gauche pour revenir sur la partie médiane du tronc et se porte en sens inverse, c'est-à-dire à gauche, dans la région lombaire (voy. fig. 152).

Si, au lieu d'examiner la face postérieure du tronc, on regarde la face