

Disons, en terminant, que lorsque la déformation vertébrale est bien nette et qu'il existe des manifestations nerveuses évidentes, on peut localiser la lésion dans le corps de la vertèbre et être certain que l'on a affaire à une tuberculose enkystée.

Quand, au contraire, l'abcès par congestion apparaît pour ainsi dire seul, sans déviation du rachis, sans signes de compression nerveuse, du moins dans les premiers temps de l'affection, il faudra plutôt songer à une tuberculose superficielle et étendue, à une tuberculose vertébrale antérieure.

Diagnostic des déviations du rachis. — Les déviations du rachis se font soit dans le sens antéro-postérieur, soit dans le sens latéral.

Les premières s'appellent *cyphose* ou *lordose* ; la cyphose représentant le *dos voûté*, le *dos rond* ; la lordose au contraire correspondant à ce qu'on appelle vulgairement l'*ensellure*. Ces deux déformations ne sont pas à proprement parler des maladies chirurgicales. Elles constituent le plus souvent des infirmités, dont le diagnostic se fait à première vue. Le seul point intéressant consiste à rechercher la cause de la déviation.

Nous avons déjà montré que le rachitisme pouvait produire la cyphose et donné les moyens de le différencier de la gibbosité du mal de Pott. Nous en aurons dit assez, quand nous aurons attiré l'attention du clinicien sur l'examen des muscles fléchisseurs et extenseurs de la colonne vertébrale, qui montre si la déformation est due à une paralysie ou à une contracture de l'un de ces groupes musculaires.

La déviation latérale a reçu le nom de *scoliose* et chez les adolescents représente un type clinique bien connu. Chemin faisant, nous avons indiqué les moyens de reconnaître la déformation due à la scoliose essentielle de celle occasionnée par le mal de Pott ; il nous faut maintenant étudier les symptômes qui permettent de différencier cette scoliose des autres déviations du rachis (primitives ou secondaires) et montrer aussi quels sont les moyens qui permettent de diagnostiquer le degré de la lésion.

La déformation en effet peut être évidente, sauter aux yeux ou, au contraire, à son début ne se manifester que par des signes très atténués et difficiles quelquefois à percevoir. C'est dans ce dernier cas qu'il faut savoir examiner le malade et pour cela on devra s'y prendre de la façon suivante :

On placera le dos du sujet à examiner en pleine lumière, et comme on a affaire dans la grande majorité des cas à une jeune fille, on laissera tomber doucement les vêtements en les attachant autour de la taille et on aura soin, pendant qu'on examine la région postérieure de couvrir les seins soit avec le corsage, soit avec une serviette. Les cheveux seront relevés sur la nuque. On commandera à la malade de se tenir bien droite, dans la position du soldat sans armes, les bras tombant sans effort le long du corps.

La saillie des apophyses épineuses sera indiquée comme nous l'avons prescrit dans le chapitre de l'*Exploration clinique* et, ceci fait, on verra immédiatement qu'il y a une inflexion latérale du rachis et de quel côté est tournée la convexité.

Il existe des cas dans lesquels la colonne vertébrale ne paraît pas déviée, mais où on constate la saillie de l'angle inférieur de l'omoplate et l'élévation de cet angle par rapport à l'omoplate du côté opposé.

Ces signes seront du reste rendus sensibles à l'aide de l'application d'un ruban métrique qui, placé horizontalement, montrera que les deux pointes ne sont pas à la même hauteur. Outre la saillie et l'élévation, l'extrémité inférieure de l'omoplate peut être rejetée en dehors, ce qui deviendra évident en mesurant la distance qui sépare cette extrémité inférieure de la colonne vertébrale.

Ces différents symptômes prouvent que l'omoplate est déplacé et, d'après nous, seraient une preuve en faveur de la déformation primitive des côtes amenant à sa suite l'incurvation du rachis ; mais quelle que soit la raison de cette déviation, que les côtes soient déformées primitivement ou secondairement, il faudra toujours s'en assurer.

On peut alors se servir de *cyrtomètres* ou d'instruments très précis mais assez compliqués, qui ne sont pas d'un usage

courant en clinique. Aussi se contentera-t-on de la vue, qui vient de montrer la saillie de l'omoplate, et de la palpation. Pour pratiquer cette dernière sur la partie postérieure du plan costal et pour se rendre compte des déformations qui peuvent s'y rencontrer, on commandera au sujet de porter les bras en avant pendant que les mains appliquées à plat se rendront compte de la symétrie ou de l'asymétrie des parties, les omoplates ayant été portées en avant par le mouvement des bras et ne masquant plus les parties à examiner.

Ceci fait, on commandera à la malade de se retourner et on examinera à nu les régions sous-claviculaires et mammaires des deux côtés, afin de se rendre compte s'il n'existe pas une saillie quelconque de ces régions.

Quelquefois on ne trouve pour ainsi dire pas de déviation de l'axe vertébral. La situation anormale de l'omoplate existe seule et les parents viennent consulter parce que leur enfant ne se tient pas bien et a une épaule plus élevée que l'autre. Il faut savoir qu'on est en présence d'une scoliose au début et que les symptômes n'iront qu'en s'aggravant.

Le plus souvent, ce qui frappe au premier abord, c'est la *déviatio*n du rachis. Celle-ci peut être plus ou moins prononcée et on doit commencer par noter le côté où siège la convexité et mesurer ensuite le degré de la déformation.

C'est presque toujours à une convexité droite qu'on a affaire dans la scoliose essentielle. Elle peut cependant se trouver à gauche; mais c'est l'exception. Cette convexité siège à la région dorsale et détermine, quand elle est assez prononcée, des courbures secondaires, dites *courbures de compensation*.

Ces courbures secondaires se manifestent, à la région cervico-dorsale et à la région lombaire, par une convexité tournée à gauche qui fait que la rachis figure un S italique.

On doit savoir cependant qu'il existe dans la colonne lombaire une courbure à convexité droite qui se montrerait la première et à laquelle on donne le nom de *scoliose lombaire primitive*, mais ce sont là des faits rares.

La scoliose essentielle se manifeste donc presque toujours par une incurvation dorsale à convexité droite et il faut mesurer cette incurvation.

Il existe dans l'appareil chirurgical des instruments particuliers pour mesurer cette courbure et même la dessiner;

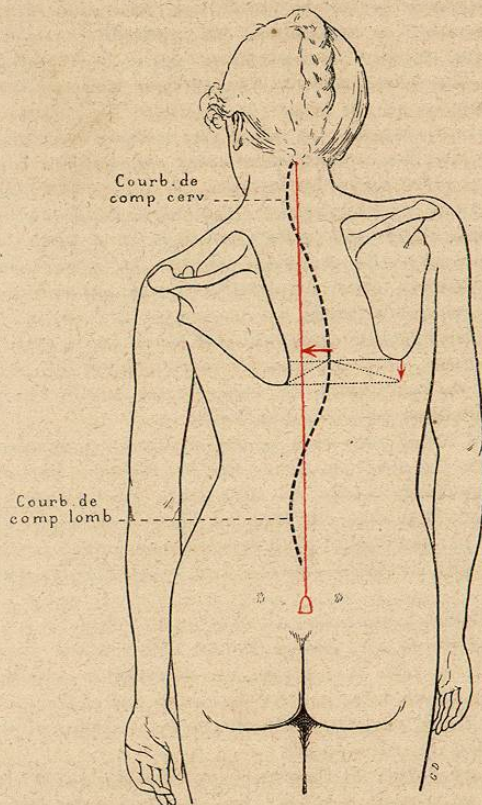


Fig. 7. — Type de scoliose des adolescents.

mais le moyen le plus simple est de se servir du fil à plomb qui, appliqué en haut sur les premières apophyses épineuses

du cou, donne une ligne bien droite et permet de se rendre un compte exact de la déformation.

On peut même mesurer la flèche de l'arc formé par les apophyses épineuses déviées en prenant, à l'aide d'un ruban métrique le nombre de centimètres qui séparent le sommet de la convexité, du plan vertical donné par le fil à plomb.

On peut, enfin, d'une manière assez précise sinon mathématique, dessiner sur le papier la courbure du rachis, à l'aide du procédé suivant : On prend une longue bandelette de plomb large de 2 à 3 centimètres assez épaisse pour conserver les courbures qu'on lui imprime, et on modèle cette lamette de plomb en l'appliquant exactement sur le rachis et en lui faisant suivre toutes les sinuosités de la ligne des apophyses épineuses. En reportant ensuite la lamelle sur une feuille de papier, avec la précaution de ne pas modifier les inflexions qu'elle a prises, on trace avec un crayon un dessin qui représente assez exactement la déviation du rachis. Ce procédé permet, en l'appliquant à divers intervalles, pendant la durée du traitement, de s'assurer des modifications et des améliorations qui ont pu se produire.

On étudiera aussi avec soin la déformation des épaules. On examinera de plus les deux saillies formées par les côtes, la postérieure située du côté droit, l'antérieure au contraire placée à gauche. On repérera l'exacte situation du sternum qui ne correspond plus dans le sens antéro-postérieur à la colonne vertébrale, mais se trouve reporté à gauche du rachis.

Les flancs seront aussi inspectés avec soin et dans les scoliozes prononcées on sera frappé de leur déformation. Dans la scoliose type en effet on constate une dépression considérable à gauche située entre la crête iliaque en bas et les côtes en haut ; ce qui fait paraître la hanche de ce côté plus développée que celle du côté opposé.

Le bassin sera l'objet de l'attention du clinicien qui devra regarder s'il est normal et s'il n'a pas été dévié secondairement ; les membres inférieurs seront mesurés et quand tous les signes objectifs auront été bien recueillis de cette façon, on interrogera la malade sur les symptômes fonctionnels qu'elle peut présenter. Il faut savoir que la scoliose se ren-

contre chez des sujets dont l'état général est un peu en souffrance. Ce sont presque toujours des jeunes filles aux pâles couleurs, plus ou moins bien réglées, qui se tiennent mal et paraissent ne pas avoir la force de se soutenir.

Quand les lésions du rachis se prononcent, les douleurs arrivent et se montrent du côté de l'épaule déplacée et aussi le long des espaces intercostaux, voire même dans les flancs et dans les reins. Quand la cage thoracique accuse de grandes déformations, les malades sont gênés dans leurs fonctions pulmonaires. Ils ont la respiration plus difficile, plus courte ; pour un rien ils sont essouffés et, bien entendu le cœur est impressionné de la même façon. Il existe des palpitations et quelquefois même, les battements du cœur sont un peu altérés. Il faudra donc toujours songer à ausculter la poitrine et la région cardiaque pour se rendre compte de l'état des viscères qui y sont contenus.

Quand on a procédé à tous ces examens, on est fixé sur la présence de la scoliose et même sur son degré ; il faudra alors faire le diagnostic étiologique pour connaître sa nature ; car bien des déviations du rachis pourront être confondues avec la scoliose dite essentielle.

C'est d'abord la *scoliose rachitique* qui se reconnaîtra facilement aux caractères suivants. Elle se montre dès la première enfance, avant cinq ou six ans. Elle s'accompagne à ce moment des déformations du côté de la tête, des côtes et des radius. (Nous les avons déjà exposées ; nous n'y reviendrons pas.) Elle est aussi fréquente chez le garçon que chez la fille et enfin elle n'a pas de côté privilégié et montre aussi bien sa convexité à gauche qu'à droite. L'aspect général du sujet n'est pas non plus le même.

Nous dirons peu de chose de la *scoliose pleurétique* dont le diagnostic s'impose, car les lésions de la plèvre ont été telles qu'elles n'ont pu passer inaperçues et il est toujours facile de rattacher à cette cause l'inflexion vertébrale qui en a été la conséquence.

Il en sera de même pour les incurvations succédant à des contractures causées elles-mêmes soit par une maladie des reins, soit par une sciatique, ou une névralgie quelconque ; ce sont les *scolioses dites symptomatiques*. Les douleurs pré-

cédant la déformation du rachis et cantonnées dans le même siège, la rapidité de l'incurvation latérale, l'étude clinique du symptôme névralgie permettront d'éviter l'erreur.

La scoliose liée à la paralysie infantile est relativement rare. Elle présente cette particularité que la convexité de la courbure rachidienne est nettement tournée du côté opposé à la lésion musculo-nerveuse. On trouvera dans les commémoratifs de l'enfant le récit d'une maladie mal définie, coïncidant avec le début de la déformation et les paralysies musculaires devront être recherchées et étudiées avec soin. Il est un diagnostic sur lequel nous voulons insister ; c'est celui des *scolioses dites statiques*. Ces dernières ont pour point de départ l'inégalité de longueur des membres inférieurs qui produisent une inclinaison du bassin retentissant sur la colonne lombaire et produisant secondairement, par compensation, l'inflexion dorsale. On ne devra donc jamais oublier, comme nous l'avons dit, de mesurer les membres inférieurs et si on trouve un raccourcissement de l'un d'eux, on n'aura qu'à le corriger en glissant sous la plante du pied de ce côté un ou deux livres d'épaisseur suffisante. On verra presque toujours par cette petite manœuvre la scoliose du moins diminuer, sinon disparaître.

Disons en terminant qu'on fera toujours bien, pour s'assurer de l'état de flexibilité de la colonne vertébrale, de soulever le petit malade soit en le faisant saisir par un aide en dessous des aisselles, soit mieux en appliquant l'appareil de Sayre.

Diagnostic du spina-bifida. — Outre le mal de Pott et la scoliose, il existe encore une lésion du rachis en face de laquelle le praticien peut se trouver : c'est le *spina-bifida*. Son diagnostic est facile : cette affection est en effet congénitale et se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, molle, fluctuante qui lorsqu'on la déprime permet de sentir de petits nodules osseux qui ne sont autres que les vestiges des apophyses épineuses divisées, entourant l'orifice de communication de la poche avec le canal rachidien. Ce sont là des signes qui différencient absolument le spina-bifida des autres affections qui ont leur point de départ dans la colonne vertébrale.

Mais les parties molles environnantes sont quelquefois atteintes de maladies chirurgicales qui pourraient être confondues avec le spina-bifida : si on ne connaissait pas ses autres particularités qui sont, la *réductibilité*, le *siège* de prédilection qui est la ligne médiane dans tous les cas et presque toujours la région lombaire (on le rencontre exceptionnellement à la région dorso-sacrée, et cervicale) et enfin les phénomènes nerveux qui assez souvent l'accompagnent. Ces derniers devront être toujours recherchés et se manifestent par des troubles de la sensibilité (voir *Examen de la sensibilité*, 1^{re} partie), par des altérations du mouvement (parésies partielles, paralysies pouvant même aller jusqu'à la paraplégie) et enfin par des troubles trophiques.

Ces différents signes permettront de ne pas confondre le spina-bifida avec certains kystes congénitaux, voisins du sacrum et surtout fréquents dans la région sacro-coccygienne, et suffiront aussi pour faire rejeter le lipome, tumeur rare du reste, mais possible dans les parties molles qui recouvrent le rachis.

L'examen clinique ne doit pas se borner à poser le diagnostic de spina-bifida ; il doit encore renseigner le praticien sur les conditions anatomiques de la tumeur.

On recherchera d'abord si la tumeur est sessile ou pédiculée. On notera ensuite la présence ou non d'une ulcération à son niveau. La réductibilité plus ou moins rapide du liquide contenu permettra aussi de préjuger les dimensions plus ou moins grandes de l'orifice de communication existant entre les enveloppes de la moelle et la tuméfaction. Si, fait très rare, il existe deux spina-bifida, on constatera que la compression d'une tumeur augmente la tension de l'autre. De même, s'il existe en même temps de l'hydrocéphalie, on pourra sentir que la pression exercée sur la tumeur augmente la tension des fontanelles. On saura encore que le phénomène de l'effort accroît le volume du spina-bifida.

Quant à la composition de la tumeur, il est impossible de dire d'une façon certaine si elle contient un prolongement de la moelle ou quelques-uns des nerfs de la queue de cheval. On ne pourra avoir que des présomptions basées sur les signes suivants : une tumeur très fluctuante et très trans-

parente n'a pas en général de tissu médullaire dans son intérieur. Quand, au contraire, on constate une dépression, une sorte d'ombilication au centre du spina-bifida; quand de plus on note la présence de phénomènes nerveux, il y a de grandes chances pour que la moelle fasse partie de la tumeur.

Un examen complet du sujet permettra souvent de constater en même temps des arrêts de développements ou des malformations, tels que becs-de-lièvre, pieds bots, hydrorachis, etc...; il faudra donc toujours les rechercher.

DE LA FACE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

La face revêtue de ses parties molles a pour limites :

En haut : le sillon naso-frontal, les arcades orbitaires, le bord postéro-supérieur de l'os de la pommette accessible au toucher, l'arcade zygomatique qui lui fait suite et vient se terminer en avant du conduit auditif externe ;

En arrière : le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur ;

En bas : le bord inférieur de la mâchoire inférieure qui la sépare nettement de la région cervicale.

Ainsi comprise, la face présente sur la ligne médiane : le nez, les lèvres, le menton ; sur les parties latérales : en haut les orbites, au-dessous d'elles les joues.

Laissant de côté, pour le moment, les orbites et le globe oculaire, les fosses nasales dont le nez n'est que le vestibule, la cavité buccale fermée en avant par les lèvres, parties qu'on décrit avec raison, en anatomie topographique, avec la face, nous ne nous occuperons que des parties molles de celle-ci et du squelette qui les soutient.

Les *joues* ont pour limites :

En haut : le bord inférieur de l'orbite et l'arcade zygomatique ;

En bas : le bord inférieur du maxillaire inférieur ;

En arrière : le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur ;

En dedans : la racine du nez, le sillon naso-génien (sillon qui sépare les parties latérales du nez de la joue) ; le sillon naso-buccal qui s'étend de l'aile du nez à la commissure des