



## *Principes de l'ostéopathie*

**Dain L. Tasker, DO.**

**4e édition - 1916**

### *Chapitre XVIII – sons produits par les articulations<sup>1 2</sup>*

**Sons normaux.** - Il n'est pas anormal d'entendre des sons bizarres accompagnant le mouvement normal d'articulations. En terme populaires, on dit que l'articulation a « craqué, » « croqué, » « pété. » Il est tout à fait courant d'entendre de tels sons, émis par notre propre corps ou par celui d'amis. Le plus connu est le craquement des doigts. On suppose communément que de telles agissements, lorsqu'ils sont répétés, risquent de distendre les articulations. Nous n'avons pas la moindre preuve de cela. Aucun doute non plus que la peur soit à l'origine de nos tentatives pour mettre en garde ceux chez qui ces phénomènes sont facilement produits. Les personnes aux articulations quelque peu lâches peuvent produire des sons dans beaucoup d'articulations, dès lors qu'elles poussent leur mouvement à ses limites. Plus rarement, toute articulation mobile dans laquelle ligaments et muscles sont normalement relâchés est susceptible de produire un son lorsque les muscles opposés sont contractés de manière inégale ou lorsque les fléchisseurs ou les extenseurs sont prédominants. Les surfaces articulaires glissent soudainement l'une sur l'autre, produisant alors le son. Une fois que le craquement s'est produit, il se répète rarement sans un temps de repos pendant lequel les muscles modifient leur tension. Le craquement de l'articulation temporo-mandibulaire peut être répété jusqu'à ce que les structures deviennent douloureuses parce qu'il est occasionné par le glissement du cartilage interarticulaire sur l'*eminencia articularis*. Le poignet et l'épaule sont capables de produire fréquemment des sons, compte tenu de la liberté de leurs mouvements et des nombreuses directions dans lesquelles la force est appliquée.

**Son anormaux.** - Un grand nombre de sons qui prennent leur origine dans les articulations sont anormaux, soit parce que l'articulation est anormale, soit parce que ces sons ne devraient pas être produits. Certains de ces sons sont familiers au médecin. Ils résultent de mobilisation active ou passive forcée, d'une articulation ayant des mouvements limités suite à une blessure ; ou à des dépôts intra-capsulaires, consécutifs à une maladie. Une autre catégorie de sons est produite par des mouvements passifs forcés dans des articulations ayant perdu quelques unes de leurs relations normales au niveau de leur surface.

**Pathologie d'articulations produisant des sons anormaux.** - Il peut être judicieux de rappeler systématiquement les conditions dans lesquelles des mouvements passifs d'articulations produisent des sons. De cette manière, nous pouvons noter la différence entre les caractéristiques des sons habituellement reconnus par les médecins et ceux tout à fait particuliers au traitement manipulatif des subluxations.

**Adhérences synoviales.** - La rupture des adhérences entre les surfaces articulaires produit un son comparable à celui provoqué en cassant du bois vert, dans lequel les fibres se rompent successivement, au fur et à mesure que la force augmente. Les adhérences synoviales sont consécutives à de nombreuses causes dont les plus simples sont la blessure légère et la non-utilisation de l'articulation. Le repos imposé suite à une blessure suffisante pour nécessiter la mise en route de processus de réparation résultera en de légères adhérences. Le mouvement volontaire de l'articulation est arrêté par ces adhérences. De telles conditions suivent souvent une entorse, ou l'immobilisation des articulations situées de part et d'autre d'une fracture. L'articulation peut être tout à fait correcte mais la maintenir fixée pendant la réparation de la fracture, fait perdre aux structures péri-articulaires leur élasticité et permet la création de légères adhérences.

---

1 Traduction Pierre Tricot, novembre 2012.

2 Lien Internet : <http://www.mcmillinmedia.com/eamt/files/tasker/taskcont.htm>

**Articulation non-utilisée ou légère entorse articulaire.** - Une personne pusillanime peut parfois avoir tellement peur d'utiliser une articulation légèrement foulée que des adhérences se constituent et qu'elle perd le contrôle de son articulation. Je fus récemment appelé pour examiner un pied qui était très douloureux et impotent. Plusieurs mois auparavant, la cheville avait été foulée et depuis cet incident, le pied avait été mis au repos. Le pied était posé sur un oreiller ; il était raide et froid. L'examen révéla une mobilité très altérée qui semblait limitée comme par des bandes élastiques. Il n'y avait aucune inflammation dans le pied. Une force soudaine, appliquée tout d'abord en direction de la flexion, puis de l'extension provoqua une série de craquements indiquant la rupture des adhérences. L'amplitude de mobilité s'en trouva immédiatement augmentée. Si ces adhérences avaient été rompues six mois plus tôt, l'essentiel de l'atrophie musculaire de la jambe aurait été évité.

Un patient dont le fémur était fracturé resta alité pendant douze semaines et devint incapable de mobiliser son genou, à cause des adhérences constituées pendant la période de non-action imposée par l'éclissage. Une flexion forcée et graduelle du genou répétée chaque jour rompit graduellement les adhérences, jusqu'à recouvrer une mobilité normale.

Voilà des cas auxquels les médecins sont habitués. Les sons produits ne se reproduisent pas à chaque mobilisation, une fois réalisée la première mobilisation forcée. De telles adhérences sont consécutives au repos, mais toujours suite à une blessure, même légère, impliquant les structures articulaires. Je ne crois pas que la non-utilisation seule puisse provoquer des adhérences.

**Articulations rhumatisantes.** - Des articulations rhumatisantes manifestent parfois des états similaires aux foulures. Les adhérences se constituent pendant la période inflammatoire et persistent après sa disparition. Les rompre par des mouvements soudains rétablit souvent la mobilité normale.

Toutes les conditions précédentes sont la conséquence d'un certain degré d'inflammation. Le mouvement forcé rompt l'adhérence, qui, lors de la rupture émet un son. Le son ne se répète pas lors des mobilisations suivantes.

**Cartilages semi-lunaires du genou.** - Les cartilages semi-lunaires du genou peuvent se déplacer et provoquer d'importantes douleurs associées à une perte de mobilité. J'ai eu récemment l'occasion de traiter un cas rapportant beaucoup d'incidents de ce type alors qu'il faisait du vélo. En étendant la jambe pour pousser sur la pédale, la force fut exercée alors que la jambe était tournée en dehors. Une atroce douleur apparut soudainement et la jambe ne put plus être étendue. L'examen révéla un point extrêmement douloureux à la partie antérieure et externe de l'articulation. Le cartilage semi-lunaire avait glissé en avant et bloquait l'extension de l'articulation. En tenant la jambe entre mes genoux et en assurant avec le pouce une pression sur le point le plus douloureux, puis en fléchissant et tournant gentiment le tibia sur les condyles du fémur et enfin, en exerçant une extension très rapide, un son bien audible se fit entendre et la mobilité de l'articulation fut rétablie. Le son a indiqué le remplacement du cartilage.

« **Reboutement.** » - Il a été avancé que l'essentiel du travail de l'ostéopathe consisterait en la rupture d'adhérences qui seraient suffisamment simples pour ne pas être remarquées par les chirurgiens. Il y a grand risque de mal interpréter le travail des ostéopathes dans la réduction des subluxations. Les hommes de la médecine des écoles établies n'ont pas su analyser précisément la condition structurale des articulations avant et après manipulation, ce qui les a fait sauter sur la conclusion que l'essentiel de notre travail ressortissait à celui du « reboutement » faute de terme plus adéquat pour le décrire. Cette appellation de « reboutement » est très populaire, d'abord utilisée en Angleterre pour décrire le travail d'individus généralement non formés qui traitaient les patients par manipulations d'articulations prétendument démisées. Des mouvements énergiques dans la direction de l'action normale de l'articulation provoquaient souvent un son de craquement. Lorsque cela se produisait, le rebouteux estimait que son travail était terminé.

**Référence historique.** - À côté des adhérences existent des conditions limitant les mouvements articulaires qui sont les subluxations. Wharton P. Hood, M.D. M.R.C.S. a proposé dans *The Lancet*

une description de ce qui était communément appelé « reboutement. » Ses articles ont été publiés dans les numéros de mars et d'avril 1871. La même année, ils furent proposés sous forme d'un livre intitulé *À propos du reboutement (Ainsi nommé) et sa relation au traitement des articulations estropiées par blessure rhumatisme inflammation, etc., etc.* Le Dr Wood eut l'occasion d'observer attentivement un rebouteux de l'époque, M. Hutton. Cet homme chercha à lui apprendre son art en reconnaissance de soins qu'il avait reçus du Dr Peter Hood, le père de Wharton. Dans les pages de ce livre, j'ai trouvé une exposition claire et concise de l'art du rebouteux, ainsi que des comptes-rendus d'observations faits par l'auteur, lui-même très au fait des arts médicaux. Dans mon esprit n'existe aucun doute quant à la similitude existant entre ceux que nous reconnaissons comme « rebouteux » et ceux qui ont constitué les bases de l'avancée réussite de l'ostéopathie. La différence tient essentiellement dans les qualifications acquises par l'étude. Le Dr Wood note que les manipulations étaient faites sans aucune connaissance en physiologie et en anatomie, mais étaient néanmoins étonnamment efficaces et il appelle l'attention sur le fait que les plus grands succès, avec probablement le moins de blessure, doivent résulter de ces manipulations, une fois la véritable pathologie de l'articulation bien comprise ; à savoir, lorsque l'opérateur est en fait un chirurgien entraîné, très versé dans les détails de l'anatomie. À l'évidence, alors même qu'il s'en approche beaucoup, comme nous allons l'observer ci-dessous, le Dr Hood ne reconnaît pas les conditions que nous identifions comme sublaxations des côtes et des vertèbres. Son attention s'est principalement fixée sur les conditions suivant des degrés plus ou moins importants d'inflammation articulaire, résultant en adhérences ou contractions intra-articulaires. Dans le cas d'adhérences, leur rupture provoque un son qui ne peut se reproduire, alors que des sublaxations peuvent se produire de manière répétée dans la même articulation, chaque réduction provoquant un son.

**Sublaxations du tarse et du carpe.** - Dans le chapitre du Dr Hood consacré à la pathologie, j'ai trouvé ce qui suit : « Je pense que dans un nombre considérable de cas, des sublaxations des os carpiens ou tarsiens surviennent de manière très fréquentes. Par ' sublaxation, ' je désire signifier quelque perturbation dans la relation normale d'un os, sans véritable déplacement ; et je crois qu'une telle perturbation peut être produite soit par la traction d'une bande d'adhérence à proximité de l'articulation, soit par une torsion ou quelque autre violence directe. Si l'on reconnaît la possibilité de sublaxation dans des articulation arthroïdiales du carpe et du tarse, il devient possible de les concevoir comme pouvant se produire dans d'autres articulations. Voici un pure exemple de « reboutement, » issu d'un cas consulté récemment. Une dame a mis le pied sur un petit objet dur, le point de contact se trouvant dans la cambrure du pied. Cela provoqua une très forte douleur immédiate, localisée au sommet de la cambrure qui ne fut soulagée ni par la chaleur, ni par aucun antiphlogistique. Quarante huit heures après l'apparition de la douleur, je fus appelé pour examiner son pied. Je trouvai un peu d'enflure dans la région du cou de pied, mais la palpation localisa la douleur entre le scaphoïde et le cunéiforme interne. Toute tentative de mobilisation de cette articulation provoquait une forte douleur. La patiente ne pouvait se tenir sur son pied, à cause de la douleur qui augmentait terriblement. L'extension du pied, associée à une forte pression sur la partie supérieure de l'articulation provoqua un très fort son, la proéminence du scaphoïde diminua et la patiente put poser son pied sur le sol immédiatement. Voilà un cas de sublaxation tarsienne. Si le même degré de déplacement avait existé dans une articulation vertébrale, son effet sur la circulation dans les centres nerveux de la moëlle épinière aurait pu provoquer des symptômes très étendus. »

Les sublaxations traitées par les « rebouteux » sont habituellement celles qui provoquent de la douleur dans l'articulation. Mais l'ostéopathe ne se fie pas seulement à la douleur comme symptôme de sublaxation : son véritable guide est la palpation.

**Énarthroses et arthroïdies.** - Lorsque la tête du fémur est forcée hors de l'acétabule, existe un arrachement plus ou moins important des ligaments, avec un inflammation conséquente. Le remplacement de la tête ne s'accomplit pas sans un son audible, considéré comme la preuve du succès de l'opération. La même chose est vraie pour l'articulation de l'épaule. La grande amplitude de mouvement de ces articulations nécessite des ligaments lâches, ce qui rend possible une grande séparation des surfaces articulaires. Les articulations arthroïdiales sont constituées différemment.

L'amplitude de mouvement n'y est pas importante et leurs ligaments ne permettent comparativement qu'une faible amplitude. La forme des surfaces articulaires des arthrodies ne limite pas le mouvement, comme dans le cas des énarthroses.

Le remplacement de la tête du fémur ou de l'humérus nécessite de mobiliser à travers une berge osseuse ou cartilagineuse et quand la tête retrouve soudainement sa place correcte, un son se fait entendre. Il est probable que le son accompagnant la réduction de la subluxation d'une arthrodie peut s'expliquer par le réajustement soudain des surfaces articulaires, même si n'existe pas de berge osseuse ou cartilagineuse sur laquelle glisser. Il est hautement probable que dans une articulation subluxée les surfaces restent légèrement, bien qu'incomplètement en contact. Obliger une plus grande surface de contact corrige les surfaces en contact incomplet.

**Réduction rapide opposée à réduction lente.** - Une subluxation peut être réduite lentement et dans ce cas, aucun son ne se fait entendre. Pour surmonter la tension péri articulaire, une force tranchante et rapide est nécessaire, ce qui provoquera un remplacement soudain, accompagné d'un son.

**Phrases de rebouteux.** - L'utilisation par certains ostéopathes de l'affirmation selon laquelle une articulation est « démise » ou un « os est démis » provient directement du langage favori du « rebouteux. » L'utilisation de vocables tels que « C'est remis, » ou du même type lorsque l'on entend le son correspondant à la réduction, provient également de la même origine. Ces phrases ne sont pas scientifiques et ne devraient pas être utilisées par des personnes qui prétendent comprendre la véritable pathologie de la condition qu'elles traitent. Dans le cas d'un son consécutif à la rupture d'adhérences, il n'est pas juste de dire que « l'os est démis, » pas plus que dans le cas de subluxation. S'il y a adhérence, appelez-la de ce nom et s'il s'agit d'une subluxation, décrivez-la soigneusement. C'est ainsi que nous pourrions rassembler une connaissance bien précise des états articulaires.

**Divergences d'opinion.** - Chez les ostéopathes existent des divergences d'opinion quant à savoir si une articulation doit émettre un son lorsqu'elle est correctement réajustée. La discussion sur le sujet est loin d'être close. Il semble que la constatation évoquée plus haut dans ce chapitre selon laquelle une réduction lente, obtenue par mouvements de relâchement ne provoque pas de son, alors qu'une libération énergique et soudaine le fera, réponde à la question. Nous savons que les subluxations peuvent être réduites par les deux méthodes, avec des résultats tout à fait satisfaisants. Ailleurs, nous avons attiré l'attention sur le traitement des subluxations. Dans un but de comparaison, et afin que l'étudiant puisse savoir ce que l'on comprenait concernant le traitement manipulatif de la colonne vertébrale avant l'avènement de l'ostéopathie, nous allons citer un extrait du chapitre du Dr Hood sur les « affections de la colonne. »

« **Affections de la colonne, » Dr. Hood.** - « j'ai peur qu'il nous faille admettre que la grande importance de la moelle épinière et la gravité de ses atteintes ont sans doute amené les professionnels à négliger l'entourage osseux et ligamentaire dans lequel elle est enfermée et qui peuvent être victimes des mêmes maladies que celles qui touchent os et ligaments partout ailleurs dans le corps. Le charlatan qui, lui, n'a probablement jamais entendu parler de la moelle épinière, ne reconnaît que les structures qui lui sont familières et s'en occupe exactement comme des autres localisations. Cela ressemble beaucoup au problème soulevé par l'articulation de la hanche. Le charlatan, de temps en temps, traite des conditions que les praticiens autorisés ont regardé avec grande circonspection parce qu'ils sont « vertébraux ; » et de temps en temps, il tue son patient parce que cette circonspection n'existe pas pour le protéger. Si les professionnels étudiaient les maladies de la moelle épinière afin de ne pas les laisser aux seules mains des spécialistes, le premier résultat en serait d'arracher les maladies de la colonne vertébrale des mains des charlatans. »

« **Torticolis du dos.** »- « Bien que la chose puisse s'expliquer, il est tout à fait certain que de nombreuses personnes se plaignant de « torticolis, » de douleur ou de faiblesse au niveau du dos, généralement consécutives à quelque blessure ou effort mal fait, se confient aux mains des rebouteux, et que ces requérants sont guéris par des mouvements de flexion ou d'extension, couplés à la pression sur quelque point douloureux.

**Manipulation de la nuque.** - « Dans quelques cas, M. Hutton était consulté pour de la douleur dans la nuque ou les vertèbres cervicales ; et il avait l'habitude de les étirer. Son avant-bras gauche était placé sous le menton abaissé du patient avec la main venant entourer la base de l'os occipital. Le pouce droit était alors placé sur quelque point douloureux trouvé sur la colonne cervicale, puis le menton brusquement élevé de l'amplitude requise. Pour autant que me le permettent mes observations, les exemples de ce type *ne correspondent* pas à des adhérences, mais doivent généralement s'attribuer à quelque légère rigidité musculaire ou même à quelque maladie imaginaire. Les bénéfices obtenus étaient fort probablement davantage consécutifs à la douleur de l'opération et à l'effet produit par elle sur l'esprit du patient, que par quelque réel changement dans les conditions physiques concernées. »

**Manipulation du dos.** - « Pour les régions inférieures de la colonne, il avait deux méthodes de traitement, différant dans leurs détails, mais pas quant à leur principe. Dans la première, lorsqu'un point douloureux était trouvé, il était demandé au patient de se lever du lit et de se tenir debout face au côté du lit avec l'avant des jambes et peut-être les genoux – selon la taille du patient et la hauteur de la couche – appuyés sur lui. On lui demandait ensuite de se pencher en avant, jusqu'à ce que les épaules touchent le lit. Le bras gauche de l'opérateur était alors placé en travers de la poitrine du patient, le pouce droit sur le point douloureux. Une ferme pression était exercée par le pouce et dès qu'il ressentait qu'il avait trouvé la position lui permettant de disposer de toute la puissance de son bras gauche, il demandait au patient de se redresser aussi vite et aussi vigoureusement que possible. Ce mouvement était facilité et accéléré par le geste du bras gauche, accompagné de la poussée en direction opposée sur le pouce. Généralement, existaient deux points douloureux, correspondant aux bords supérieur et inférieur de la vertèbre affectée, de sorte que la manœuvre devait être répétée.

Dans la seconde méthode, le patient était assis sur une chaise placée à courte distance du mur, de sorte que ses pieds pouvaient s'appuyer fermement dessus. Il lui était demandé de se pencher en avant et de placer ses bras entre ses jambes, les épaules reposant sur les côtés internes des genoux ; d'assurer une ferme assise sur la chaise, et à un signal donné, de se redresser brusquement. L'opérateur plaçait son bras gauche sous la poitrine, plaçait son pouce droit sur le point douloureux et dans le but d'obtenir une pression ferme et résistante, reposait son coude contre le dossier de la chaise. Une fois le signal donné, l'opérateur, maintenait le poing fermé, afin de supporter son pouce, et le coude fermement appuyé dans sa position, et lorsque le patient se redressait brusquement, il empêchait ainsi son dos de se rapprocher de la chaise, et penchait sa tête et ses épaules aussi loin en arrière que possible, la position des pieds empêchant tout mouvement en avant. »

**Traitement des dorsales supérieures.** - « Ces deux méthodes sont utilisées pour les cas dans lesquels la douleur est présente dans les vertèbres dorsales en dessous de la huitième ou dans n'importe quelle lombaire. Le traitement utilisé pour les dorsales supérieures et les cervicales basses consistait à placer le genou de l'opérateur contre le point douloureux et, avec les mains placées sur les épaules, à tirer la partie supérieure du corps aussi loin en arrière que possible.

Dans les cas où la douleur était située dans les régions dorsale ou lombaire et où les mouvements en arrière n'apportaient pas le soulagement espéré, on demandait au patient de se pencher sur le côté et un processus similaire était mis en place, comme dans les autres manipulations. »

**Commentaire.** - « Il y a manifestement peu de chose à dire ici en tant que commentaire, si ce n'est que la taille du canal vertébral est ainsi faite qu'il peut accepter une considérable diminution sans que la moëlle épinière ne soit blessée, et que les os et les ligaments de la colonne sont, comme nous l'avons déjà observé, susceptibles d'être victimes des mêmes résultats de blessure ou des mêmes maladies que celles qui touchent os et aux ligaments, partout ailleurs. »

**Diagnostic différentiel.** - « Le chirurgien consulté pour un cas de maladie vertébrale devrait par dessus tout s'assurer qu'il n'est pas effrayé par un épouvantail, et devrait alors déterminer, à l'aide de méthodes d'examen scientifiques, s'il est ou non en présence de maladie des centres nerveux, ou de nécrose, d'abcès ou d'autres remaniements destructifs de la colonne vertébrale. Dans de tels cas,

aucun homme possédant un thermomètre, un microscope et un tube à essai n'est excusable de rester longtemps dans le doute ; et s'il est capable d'exclure la possibilité de telles conditions, il peut alors considérer la colonne simplement comme une partie du squelette et s'en occuper en conséquence. Ici comme ailleurs, blessure et repos ou repos et anti-irritatifs peuvent aller jusqu'à produire des adhérences limitant douloureusement le mouvement, adhérences pouvant être rompues tout à coup par une flexion ou une extension résolues. Ici comme ailleurs, peuvent se produire des déplacements partiels qui peuvent être rectifiés par la pression et le mouvement. Dans les parties cervicales basses, dorsales et lombaires de la colonne vertébrale, le changement de position d'une seule vertèbre ne peut qu'être léger – suffisant toutefois pour produire de la douleur et de la raideur, mais insuffisant pour produire une déformation visible. Dans la région supérieure, des dislocations partielles sont parfois plus évidentes. Le cas qui suit est tiré de rapport hospitalier de la *Medical Times and Gazette*, du 5 août 1865 :

« John S—, âgé de 21 ans, travailleur au St Mary's Cray a été admis le 26 mai 1865 par M. Hilton.

« Il souffrait depuis trois mois de perte d'appétit et de débilité générale, cela suite à son embauche.

« Le dimanche 14 mai, en se penchant pour cirer ses bottes, qu'il portait aux pieds, il entendit soudain un craquement dans la partie supérieure et postérieure de sa nuque. Il eut l'impression 'd'être heurté par la tête de quelqu'un d'autre.' Environ un quart d'heure plus tard, il perdit connaissance pendant à peu près une demi-heure ; puis, il sentit une raideur et un engourdissement à l'arrière et sur le côté de la tête avec une sensation d'enflure dans la gorge et une difficulté à avaler. Au début, il ne ressentit pas de perte de force dans les membres, seulement une légère douleur dans le bras droit ; quelques jours après son admission, cependant, il eut une paralysie partielle du bras droit qui régresa rapidement et spontanément.

« À son admission, il tient la tête figée et ressent de la douleur lors de la moindre tentative pour la tourner, la fléchir ou l'étendre ; sa mâchoire est en partie figée et il ne peut ouvrir le bouche plus que pour y introduire un doigt en direction de l'arrière du pharynx ; la voix est épaisse et gutturale ; la déglutition n'est possible qu'avec difficulté. Il se plaint de tous les symptômes ci-dessus énumérés. Extérieurement, au niveau de la seconde vertèbre cervicale, existe une tumeur dure et résistante, sensible à la pression : il s'agit à l'évidence de la proéminence anormale de l'épineuse de l'axis ; la sensibilité n'est pas généralisée, mais circonscrite ; les parties alentour sont engourdies. Il fut allongé dans un lit dur, la tête légèrement surélevée. On plaça un sac de sable à l'aplomb de l'épineuse proéminente et toute la tête fut maintenue en position fixée par de plus gros sacs de sable. Quelques produits furent prescrits appliqués pendant une dizaine de jours, jusqu'à ce que ses gencives soient légèrement affectées ; ils furent alors arrêtés. De notables progrès étaient observés dans son apparence générale et plus particulièrement dans ses symptômes. Jusqu'au 3 juillet, il continua de s'améliorer lentement, mais sûrement. Il présenta alors une inflammation rhumatismale aiguë dans le genou et le coude droit, suivie quelques jours plus tard par l'apparition des mêmes symptômes dans le genou gauche. Il n'y avait pas de preuve d'état pyémique. Des ventouses furent posées sur ses genoux et on lui donna pot. nitr. et jus de citron et il guérit rapidement. La sensibilité et tous les symptômes ont disparus, la boursoufflure persistant et il dit être plus soulagé par le repos au lit. »

Taille du canal vertébral. - « En réfléchissant sur le cas, M. Hilton a observé qu'il démontrait que la région du canal vertébral pouvait être diminuée d'un tiers, stipulant que la diminution s'étant effectuée lentement, elle n'a pas produit de symptômes alarmants ou particulièrement marqués de compression de la moelle épinière. »

Traitement conservateur contre cure radicale. - « Il ne fait ici aucun doute que tout chirurgien serait d'accord pour reconnaître qu'en se contentant de placer cet homme dans les conditions favorables à sa guérison, ou en le maintenant au repos jusqu'à ce que l'axis soit fixé dans sa nouvelle position et la moelle épinière accoutumée au changement dans ses relations, M. Hilton a exercé une saine discrétion. Il aurait pu, sans aucun doute, établir une pression avec le pouce sur l'épineuse proéminente, tout en tournant brusquement la tête. Il se peut que cette manœuvre ait guéri le

patient ; il se peut aussi qu'elle l'ait tué. Ce type de pratique « prendre un marteau pilon pour écraser une mouche, » nous pouvons la laisser aux charlatans ; et dans les cas douteux, je pense que nous pouvons, sans aucunement risquer notre réputation, trouver un nombre considérable de cas ne prêtant pas au doute, dans lesquels une observation habile permet d'exclure tous les éléments de danger, et pour lesquels la rectification du déplacement, ou la rupture des adhérences sera suivie avec certitude des résultats les plus favorables. Pour la découverte de ces cas, aucune règle certaine ne peut être établie, parce qu'ils ne peuvent être connus que par négation – par l'absence de symptômes qui évoqueraient du danger. Le diagnostic doit être fait pour chaque cas et dépend à chaque fois de la sagacité et de l'habileté du praticien. »