Ce mode de production de gibbosité est le plus simple, mais il n'est pas, je pense, le plus commun ; il est plus ordinaire de voir les parois de la cavité céder, en vertu de leur flexibilité, à la pression qu'elles supportent dans les diverses positions que prend habituellement le malade, sans se fracturer, et dès lors la gibbosité peut ne pas se montrer aussi brusquement, bien que dans un temps assez court.

Il est facile de comprendre que ces productions osseuses de nouvelle formation, qui s'étendent d'une vertèbre à la vertèbre voisine, doivent s'opposer à l'affaissement de la caverne tuberculeuse ; par conséquent, au lieu de les considérer comme favorables à la guérison, ainsi que le croyait Delpech, nous croyons qu'elles doivent y mettre obstacle.

La destruction du tissu osseux, au lieu de s'arrêter, peut, au contraire, continuer ses progrès, soit qu'il se forme de nouveaux foyers qui viennent s'ouvrir dans l'enceinte du foyer primitif, soit que celui-ci s'agrandisse de jour en jour, par le travail d'absorption qui a présidé à son développement. La destruction du tissu est quelquefois alors très-étendue ; plusieurs corps de vertèbres peuvent disparaître en totalité, sans que l'on trouve aucun fragment séparé, aucun résidu pour ainsi dire des vertèbres détruites. J'ai vu sur un enfant la destruction complète des quatre dernières vertèbres cervicales et de la première dorsale ; la colonne cervicale s'était fléchie en avant, de manière à former un angle droit avec la portion dorsale ; le corps de la troisième vertèbre du cou appuyait par sa face antérieure sur la face supérieure du corps de la seconde vertèbre dorsale. J'ai rencontré plusieurs fois cette disposition, que l'on explique facilement en considérant que la partie postérieure des deux vertèbres qui limitent la perte de substance étant tenue à distance par les masses apophysaires, la vertèbre supérieure doit exécuter un mouvement de bascule, en tournant autour d'un axe fictif qui passerait par ses deux trous de conjugaison ; en vertu de ce mouvement, sa partie antérieure se tourne directement en bas, tandis que sa face inférieure regarde en arrière. Il résulte en outre de ce mouvement que la portion du ligament antérieur qui correspondait aux vertèbres détruites se trouve entraînée, par suite de son union avec la vertèbre supérieure, dans l'intervalle des deux corps vertébraux, entre lesquels il fait l'office d'un fibro-cartilage en s'adossant à lui-même. On trouve un exemple remarquable de cette destruction des vertèbres dans la dixième observation de M. Nichet. Huit corps vertébraux ont totalement disparu ; la dixième et la onzième vertèbre dorsale, qui forment les limites supérieure et inférieure de cette perte de substance, sont unies par une membrane fibreuse épaisse.

A l'occasion de cette observation, M. Nichet se demande comment a procédé la lésion organique pour faire disparaître une aussi vaste étendue de la tige vertébrale ; il admet comme Delpech l'évidement et

l'écrasement du corps de l'os, et de plus il y ajoute l'usure du tissu osseux. Tous les auteurs qui depuis Galien ont parlé des tubercules vertébraux ont répété comme à l'envi que les tubercules placés au-devant des vertèbres les usent d'avant en arrière, sans qu'il soit possible d'attacher un sens précis à ce qu'ils entendent par cette usure ; quelquefois on trouve une dépression au-devant du corps d'une vertèbre, dans le point qui correspond à un dépôt tuberculeux ; mais cette perte de substance n'est pas plus une usure que la dépression qui correspond sur un os au passage d'une artère. M. Nichet s'explique d'une manière plus précise, qui donne par cela même plus de prise à la critique. Il suppose qu'un cartilage intervertébral ayant été détruit par un tubercule développé dans son intérieur, les deux corps vertébraux qui se trouvent mis en contact s'usent et se détruisent par un frottement réciproque : « puis vient le tour des cartilages et des vertèbres qui suivent. » A cette théorie on peut faire l'objection suivante. Si nous admettons que cette destruction s'opère par un procédé purement mécanique, nous devons admettre celui-ci avec toutes ses conséquences : or, il est impossible que des vertèbres qui s'usent par un frottement réciproque ne produisent pas de débris, de résidu osseux ; eh bien, l'observation nous apprend que ce n'est jamais dans le cas qui nous occupe que l'on trouve cette poussière osseuse, indice d'une destruction par usure. Dans le cas cité par M. Nichet, *huit* corps de vertèbres ont entièrement disparu, et l'on ne trouve, après une aussi vaste destruction, qu'une *cuillerée de matière molle, butyreuse*, tuberculeuse en un mot, *sans aucune parcelle osseuse*. Si l'absorption des liquides ou des matières susceptibles de se ramollir, de passer à l'état fluide, s'observe tous les jours, je ne pense pas que l'on soit tenté d'admettre qu'une poussière inorganique insoluble puisse être reprise par les voies de l'absorption, comme on serait forcé de l'admettre d'après les partisans de la théorie que je combats.

Je ne dirai pas qu'il répugne d'admettre que des tissus vivants dans lesquels s'accomplit une circulation active puissent être usés, détruits par un frottement, sans qu'il se manifeste aucun travail morbide, aucune réaction dans ce tissu : cependant, il faut en convenir, ce fait sortirait de la loi commune qui régit les phénomènes pathologiques. Quant à nous, nous pensons que, pour expliquer cette destruction, il n'est pas nécessaire de faire intervenir une autre cause que l'absorption, à laquelle doivent être bien certainement attribuées les cavités qui se creusent au centre du tissu osseux. L'étendue des parties détruites fait seule la différence. Une cavité se forme dans une vertèbre, elle se propage dans tous les sens, elle rencontre un fibro-cartilage, elle le détruit, parvient jusqu'à une seconde vertèbre et la fait également disparaître, et ainsi de proche en proche. La matière tuberculeuse est en partie expulsée, en partie résorbée ; les extrémités opposées de l'excavation se rapprochent,

et le vide se trouve ainsi comblé. On conçoit dès lors comment la gibbosité, après s'être produite plus ou moins rapidement, peut s'accroître de jour en jour par suite d'une absorption progressive.

B. *Infiltration tuberculeuse.* — Dans ce dernier cas, il en est tout autrement, trois causes essentiellement différentes concourent à l'incurvation de la colonne vertébrale : la *destruction des fibro-cartilages intervertébraux, l'usure des corps des vertèbres, et la séparation de fragments osseux nécrosés.*

1° *Destruction des fibro-cartilages.* Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit précédemment, page 100, de la destruction des fibro-cartilages; nous ferons seulement remarquer que la destruction d'un certain nombre de ces disques fibreux est nécessaire pour modifier la forme de l'épine d'une manière notable, et que cette altération, se rencontrant simultanément sur plusieurs points, doit tendre à faire prendre au rachis une courbure arrondie et non angulaire comme dans le premier cas; ajoutons que l'incurvation qui dépend seulement de cette cause est toujours peu prononcée.

2° *Usure des vertèbres.* Dès qu'un ou plusieurs cartilages se trouvent détruits, la colonne vertébrale se courbe en avant; les corps des vertèbres se mettent en contact par leurs faces correspondantes, et c'est alors que si le sujet se livre à des mouvements étendus, s'il continue à marcher, on observe une véritable usure, résultat du frottement. Comme la partie postérieure du corps des vertèbres se trouve fixée par les apophyses articulaires, comme le poids des viscères tend à infléchir la colonne en avant, c'est surtout la partie antérieure de chaque vertèbre qui éprouve le frottement et l'usure. On voit alors chaque portion de cylindre se tailler en forme de coin, dont la base est tournée en arrière et le sommet en avant. La gibbosité se prononce alors d'une manière lente et graduelle. Nous admettons donc pour l'infiltration tuberculeuse cette usure mécanique que nous avons rejetée précédemment, attendu que l'absorption seule ne suffirait pas à expliquer les phénomènes qui se passent sous nos yeux. Il faut remarquer, en effet, que, dans cette variété, les circonstances sont très-différentes. Nous admettons l'usure du tissu osseux nécrosé, et non celle du tissu osseux vivant; nous sommes en outre autorisé à l'admettre : 1° par la forme de coin que prend ordinairement le corps des vertèbres qui s'usent; 2° par la présence d'un résidu de poussière osseuse que l'on trouve constamment alors dans le foyer ou dans la sanie purulente qui s'en écoule.

3° *Séparation des fragments des vertèbres nécrosées.* Aux deux causes de déformation de l'épine que nous venons d'exposer il s'en adjoint bientôt une troisième : c'est la séparation des fragments nécrosés, quelquefois de la presque totalité d'un corps de vertèbre. Ces séquestres tombent dans le foyer, au milieu duquel ils restent libres et dans lequel

ils entretiennent par leur présence une suppuration abondante. Il est facile de comprendre qu'après cette élimination les parties supérieure et inférieure de la colonne doivent se rapprocher, s'incliner l'une sur l'autre, et qu'une gibbosité doit en être la conséquence.

Plusieurs des altérations que nous venons de décrire peuvent se rencontrer sur la même colonne vertébrale; les diverses causes de déformation de l'épine que nous venons de faire connaître doivent alors agir simultanément et concourir au même résultat.

Il est digne de remarque que, malgré l'existence d'une courbure anguleuse des plus prononcées, le canal vertébral conserve ordinairement ses dimensions normales; quelquefois même il est élargi au niveau de la gibbosité, ainsi qu'on peut le voir sur les pièces n° 262 *a* et *b* du musée Dupuytren. Cette disposition, qui d'abord pourrait paraître difficile à comprendre, trouve une explication toute naturelle dans ce fait, à savoir, que, dans ces gibbosités, les tissus qui correspondent à la concavité de la courbure sont détruits et non refoulés vers le centre de la cavité, comme cela arrive lorsqu'on plie une tige creuse qui s'aplatit. C'est cette destruction des tissus qui établit une différence entre les incurvations tuberculeuses et celles qui sont le résultat d'une fracture des vertèbres. Dans ce dernier cas, en effet, les fragments de la vertèbre écrasée sont souvent repoussés vers le canal vertébral, de manière à produire une compression de la moelle épinière et une paralysie incurable. Cette destruction du tissu osseux nous explique encore comment les nerfs qui sortent par les trous de conjugaison échappent ordinairement à la compression malgré l'espèce de tassement éprouvé par la colonne. En effet, voici ce qui se passe : les pédicules et les corps des vertèbres sont détruits de sorte que, trois, quatre trous de conjugaison se trouvent réunis en un seul par lequel sort le faisceau formé par trois ou quatre paires de nerfs.

Indépendamment de ces déformations, dont nous venons d'expliquer le mécanisme, et qui se produisent au niveau des vertèbres qui présentent une altération dans leur tissu, on en observe d'autres, que nous connaîtrons plus tard, sous le nom de *courbures de compensation*, et qui se manifestent à une certaine distance de la gibbosité (fig. 23 et 24). Ces courbures secondaires sont dues à la position instinctive que prend le malade pour éviter la douleur et pour ramener le centre de gravité du corps vers sa base de sustentation; elles sont donc disposées en sens inverse de la courbure pathologique. Supposons, par exemple, une courbure anguleuse de la région dorsale avec saillie en arrière des apophyses épineuses, les régions cervicale et lombaire s'incurvent de manière à présenter à leur partie postérieure une concavité plus profonde.

Lorsque les vertèbres détruites appartiennent à la région dorsale,

le thorax perd de sa hauteur par suite du rapprochement, de l'espèce de tassement qu'éprouvent les extrémités postérieures des côtes qui s'articulaient avec ces vertèbres. Ces arcs osseux sont en outre déformés,

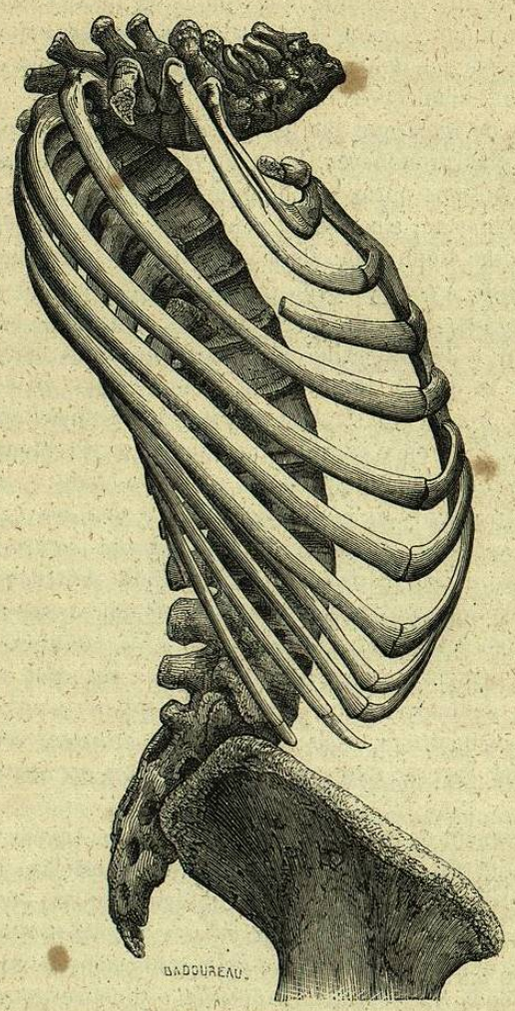

FIG. 24. — Destruction des 2e, 3e, 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales.
Flexion du thorax en avant. — Déformation des arcs costaux. — Courbures de compensation dans les régions cervicales et lombaires.

aplatis dans le milieu de leur courbure, de sorte que la poitrine est déprimée latéralement, et que le sternum se trouve porté en avant. Une autre cause tend encore à produire le même effet : c'est le redressement des côtes, que l'on observe surtout quand la gibbosité occupe la partie

inférieure de la région dorsale. En effet, dans ce cas, il n'est pas rare de voir l'extrémité antérieure de ces os se relever à tel point qu'ils forment avec la région dorsale de l'épine un angle aigu, non plus ouvert au-dessous de chaque côte, comme dans l'état normal, mais au-dessus d'elles, ainsi que l'on en voit plusieurs exemples dans le musée Dupuytren : telle est la pièce n° 258, donnée par M. Bouvier. Il serait curieux d'étudier le mécanisme des mouvements respiratoires chez les sujets qui présentent cette disposition. Il est probable que l'inspiration ne s'accomplit chez eux que par le fait de la contraction du diaphragme ; car les côtes ayant, par leur mouvement d'élévation, dépassé la ligne perpendiculaire à la colonne épinière, toute élévation ultérieure aurait pour effet de diminuer la capacité du thorax ; une partie des muscles inspirateurs deviendraient donc expirateurs. Pendant que la poitrine se déforme, on peut constater que l'aorte et ses branches se dévient quelquefois jusqu'à angle droit, pour suivre les flexuosités du rachis (1) et que les poumons et le cœur s'adaptent à la configuration nouvelle de la cage thoracique.

Ces changements de position entraînent à leur suite des troubles anatomiques et fonctionnels graves dans les organes de la respiration et de la circulation, troubles qui ont été étudiés avec soin par Delpech et plus récemment par MM. Bouvier et Sottas (*Thèses de Paris*, 1865). Les changements qui s'opèrent dans la forme et la situation des organes abdominaux n'ont pas une aussi grande importance.

Des abcès par congestion dans le mal de Pott. — Ces abcès se montrent très-fréquemment dans cette affection : cependant ils ne sont point constants ; il n'est pas très-rare de ne point les voir se développer lorsque les vertèbres ne présentent que la forme enkystée de l'affection tuberculeuse ; mais ils sont inévitables à la suite de l'infiltration, qui, comme nous l'avons vu, amène toujours à sa suite la formation de séquestres. Sur 115 cas de mal vertébral observés par M. Bouvier, dix-sept fois seulement l'abcès a manqué. Suivant ce savant praticien, les abcès par congestion se montrent deux fois plus souvent dans la région lombaire que dans la région dorsale. Ces collections de pus présentent d'ailleurs ici les dispositions que nous avons décrites précédemment (voy. *Abcès par congestion*, p. 197) ; tantôt ce sont des poches suspendues à la colonne vertébrale par une sorte de collet ou de pédicule étroit ; tantôt c'est une vaste excavation sessile qui correspond à l'angle rentrant formé par la jonction des deux tronçons de l'épine au niveau des vertèbres détruites. Cette excavation se trouve limitée en

(1) Fuller (*British medical Journal*, 1859) dit avoir trouvé l'aorte ulcérée au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires affectées de mal de Pott. C'est la seule observation de ce genre que nous ayons trouvée dans la science.

avant par le ligament vertébral commun antérieur, qui, offrant plus de résistance que le périoste des faces latérales des corps vertébraux, force le pus ou la matière tuberculeuse à refluer sur les côtés de l'épine, de sorte que la poche se trouve subdivisée en deux loges qui communiquent ensemble par un canal intermédiaire.

Le trajet que suivent ces abcès migrateurs doit surtout nous occuper ici. Quelques auteurs ont pensé qu'il existe un rapport constant entre le point d'origine de l'abcès et le chemin qu'il parcourt pour venir faire saillie au dehors. L'observation nous a plusieurs fois démontré qu'il existe à cet égard des exceptions qui, sans être communes, ne sont cependant point très-rares. Ce trajet varie suivant le point d'origine de l'abcès : et d'abord disons que les abcès de la région postérieure du tronc, c'est-à-dire tous ceux qui reconnaissent pour point de départ une altération des apophyses épineuses, des lames ou des masses latérales des vertèbres, se portent généralement en arrière, et ils forment une saillie le plus souvent au-dessous ou au niveau du point altéré, plus rarement à une certaine distance au-dessous de ce point, sans qu'il soit possible de formuler pour ce qui les concerne aucune proposition générale. Mais lorsque la source de ces abcès se trouve dans une altération du corps des vertèbres, voici ce que l'on observe le plus souvent :

1° Si l'abcès a pris naissance dans la région cervicale, il proémine d'abord en avant, en repoussant les muscles longs du cou et l'aponévrose qui les recouvre; il en résulte une tumeur qui repousse la paroi postérieure du pharynx, et s'avance, soit vers les fosses nasales, soit vers l'isthme du gosier, soit vers le larynx, et peut produire la suffocation par suite de la compression qu'il exerce à l'entrée des voies aériennes. Mais, arrêté dans son développement par l'insertion inférieure de ces muscles et par la lame aponévrotique qui sépare le cou de la poitrine, il s'étale sur les parties latérales de l'épine, et vient se montrer en dehors du muscle sterno-mastoïdien dans la région sus-claviculaire; ces abcès s'introduisent donc difficilement dans la poitrine par son orifice supérieur; cependant cela n'est pas sans exemple : ainsi MM. Cayol, Chélius, Gooch, Tavignot, ont vu de ces abcès venir s'ouvrir au sommet de l'un des poumons. Si le pus vient de la partie inférieure de la région, il suit quelquefois le trajet du plexus brachial, et descend dans le creux axillaire en passant derrière la clavicule.

2° Si le pus provient des vertèbres dorsales, il suit ordinairement un trajet descendant, glisse sur les côtés de l'aorte, passe entre les piliers du diaphragme, côtoie les vaisseaux, parvient dans la région iliaque en suivant l'artère iliaque primitive, franchit les limites que lui oppose la poche pour se répandre dans le tissu cellulaire qui sépare le péritoine de l'aponévrose : c'est peut-être là le cas le plus commun. Parvenue

dans ce point, la collection purulente présente ordinairement une dilatation qu'expliquent facilement la disposition de la région et la laxité du tissu cellulaire sous-péritonéal; puis, continuant à grandir, l'abcès tend à s'engager dans l'infundibulum des vaisseaux cruraux, cas le plus ordinaire, ou dans le canal inguinal, ce qui est rare; il vient encore faire saillie à la partie externe de la fosse iliaque en dedans de l'épine antéro-supérieure. D'autres fois, au lieu de suivre le trajet que nous venons d'indiquer, le pus s'engage au-dessous de l'arcade que le muscle diaphragme offre pour le passage du muscle psoas, s'introduit dans la gaîne de ce muscle, et se conduit ultérieurement comme nous le dirons en parlant des abcès de la région lombaire. Dans quelques cas, le pus qui a suivi le trajet de l'aorte continue à descendre dans le bassin, longe la face antérieure du sacrum, ou l'*S* iliaque du côlon, vient s'ouvrir, soit dans la vessie, soit dans le rectum, ou forme une collection plus ou moins considérable dans la région ano-périnéale. On l'a vu également sortir de l'excavation pelvienne par la grande échancrure sciatique, en longeant le faisceau des nerfs et vaisseaux fessiers, ou en suivant le trajet du grand nerf sciatique jusqu'à la partie inférieure de la cuisse. On possède quelques observations d'abcès symptomatiques d'une affection de la région dorsale du rachis qui sont venus se montrer à la partie antérieure du thorax en suivant un des espaces intercostaux; mais ces faits, ainsi que plusieurs de ceux que je viens de rapporter ci-dessus, sont très-rares. Enfin, M. Bouvier a vu trois fois les dorso-cervicaux antérieurs suivre une marche ascendante et rétrograder jusqu'au creux sus-claviculaire. Dans un cas semblable, le pus arrivera jusqu'à l'aisselle en suivant l'artère sous-clavière.

3° Si la source du pus se trouve à la région lombaire, l'abcès pourra suivre la partie inférieure de l'aorte, l'artère iliaque, en un mot se conduira de la même manière que les abcès de la région dorsale, si le point qui fournit le pus occupe la partie antérieure du corps de l'os. Mais s'il en occupe les parties latérales, qui sont, comme on le sait, recouvertes par les insertions du muscle psoas, le liquide s'introduit tout de suite entre les fibres musculaires, les écarte, les refoule excentriquement, de manière à convertir la totalité du muscle en une vaste poche remplie de pus; la collection purulente se propage ainsi jusqu'au petit trochanter, et tend à venir faire saillie à la partie postérieure et supérieure de la cuisse, entre le grand trochanter et l'ischion. On a vu plusieurs fois les abcès qui avaient suivi cette marche s'ouvrir dans l'articulation coxo-fémorale à la faveur de l'ouverture qui fait souvent communiquer cette articulation avec la bourse séreuse placée sous le muscle iliaque.

Les rapports des abcès symptomatiques contenus dans la fosse iliaque, et qui viennent passer sous l'arcade crurale, ne sont pas les mêmes

dans tous les cas. Ce point d'anatomie pathologique a été étudié avec beaucoup de soin par M. Tavignot (Mémoire cité), dont je transcris ici la description.

« Lorsque le pus s'est répandu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, la collection purulente occupe les trois quarts internes de l'échancrure antérieure du bassin, l'abcès passe au-devant de la gaîne du psoas et iliaque, et au-devant de la gaîne des vaisseaux fémoraux qui restent placés en arrière; on ne sent donc plus les battements de l'artère fémorale. Mais quand le pus s'est introduit dans le muscle psoas ou dans sa gaîne, il conserve avec les vaisseaux les mêmes rapports qu'affecte le psoas, c'est-à-dire qu'il se trouve placé en dehors de ces vaisseaux. » Il n'est pas extrêmement rare de voir alors la collection purulente soulever l'artère crurale qui se trouve placée au-devant de la paroi antérieure du foyer, comme l'a signalé Dupuytren.

Disons enfin, pour terminer ce qui est relatif au trajet des abcès vertébraux, que si le pus est fourni par la face postérieure du corps des vertèbres, il est versé dans le canal vertébral, qu'il parcourt dans une certaine étendue, jusqu'à ce qu'il vienne sortir par un des trous de conjugaison, ou par un des trous sacrés antérieurs ou postérieurs.

Symptomatologie. — Le symptôme qui annonce ordinairement le début de cette affection est une douleur sur un des points du trajet de la colonne vertébrale. Cette douleur est d'abord faible et passagère, elle devient ensuite plus vive et presque continue. Les variations qu'elle présente sont quelquefois liées à celles de l'atmosphère; mais le plus souvent elles en paraissent tout à fait indépendantes. Ordinairement elle ne se fait sentir que dans une étendue peu considérable qui correspond aux vertèbres altérées; d'autres fois elle s'irradie sur le trajet des nerfs intercostaux ou lombaires; les malades éprouvent alors ce que l'on a désigné sous le nom de *douleurs en ceinture*, sensation douloureuse que l'on a comparée à celle que produirait un coup de fouet qui entourerait la base de la poitrine ou l'abdomen. La plupart des malades se plaignent de ressentir une constriction dans la région épigastrique, de la dyspnée; quelques-uns éprouvent un malaise qu'ils comparent à des pincements dans les cuisses : tels sont les symptômes qui marquent le plus souvent le début de cette affection; cependant il n'en est pas toujours ainsi : quelques malades n'accusent aucune douleur, même à la pression, bien que d'autres symptômes décèlent d'une manière évidente une altération des vertèbres. Mais le plus souvent, dans cette circonstance, il est impossible de réveiller la douleur par une légère percussion exercée sur le sommet des apophyses épineuses des vertèbres altérées et de constater que le malade prend une attitude spéciale, afin d'éviter les mouvements divers imprimés au tronc. Dans

les cas mêmes où la douleur s'est montrée avec le plus d'intensité, elle finit presque constamment par disparaître au bout de quelques mois : alors apparaît un symptôme nouveau.

La colonne vertébrale s'infléchit en avant; une ou plusieurs apophyses épineuses soulèvent la peau, deviennent saillantes en arrière; en un mot, il existe une gibbosité. Tantôt celle-ci apparaît instantanément à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un effort; d'autres fois elle met plusieurs semaines, plusieurs mois avant d'être formée; d'autres fois enfin une année entière est nécessaire pour que la saillie anguleuse des apophyses soit bien prononcée; il est d'ailleurs facile de comprendre que la gibbosité doit se montrer plus facilement dans la région dorsale que dans les régions cervicales et lombaires. En effet, la première est normalement convexe en arrière; les apophyses épineuses dorsales sont très-longues, très-obliques, de sorte que le moindre redressement de ces prolongements osseux suffit pour faire saillir leur extrémité, tandis que le cou et les lombes présentant en arrière une concavité, les apophyses épineuses, qui sont d'ailleurs beaucoup moins longues que dans la région dorsale et dirigées horizontalement, forment une courbe plus régulière et offrent rarement une saillie considérable. Au lieu d'une gibbosité, il y a plutôt un simple redressement de la courbure naturelle, une rectitude anormale.

J'ai dit ci-dessus que la douleur dorsale précède ordinairement la déformation de l'épine : il n'en est cependant pas toujours ainsi. Quelquefois, en effet, on voit une gibbosité se produire sans que le malade ait éprouvé aucune douleur. D'autres fois enfin la maladie suit sa marche et arrive à son dernier terme sans que l'épine présente aucune déformation; c'est là ce qui avait fait inventer à Boyer sa facile théorie de la carie superficielle et profonde, par laquelle il expliquait cette différence dans les symptômes. Suivant lui, la première n'attaquant que la surface d'une ou de plusieurs vertèbres, les corps de ces os conservaient leur consistance et leur forme naturelle; tandis que dans la seconde la totalité du corps d'une ou de plusieurs vertèbres étant d'abord ramollie, gonflée, le changement de consistance de cette partie la rendait incapable de supporter le poids des parties situées au-dessus, et déterminait un affaissement et une déformation. Mais nous avons vu précédemment que la carie ne doit être admise qu'à titre d'exception, et que ce prétendu ramollissement général du corps des vertèbres, admis sur la parole de Boyer, ne s'observe jamais; c'est là un fait que Pott avait fort bien reconnu : aussi, après avoir admis ce ramollissement dans son premier mémoire, l'auteur anglais déclare-t-il formellement dans un second qu'il s'était trompé d'abord; qu'il a pu se convaincre par de nouvelles recherches que les os n'ont rien perdu de leur consistance normale. Nous avons vu d'ailleurs comment ce fait trouve une explica-