

lette anti-brachial et métacarpien, sur les limites de la zone fongueuse; il est quelquefois utile de faire deux séries de piqûres supplémentaires, l'une sur la face externe du radius, l'autre sur la partie interne du cubitus. Si l'on y joint, en cas d'abcès rebelle à l'injection iodoformée, l'ouverture et le grattage des foyers, l'ablation des séquestres et, bien entendu, l'immobilisation avec compression, on obtient presque toujours, même dans les cas les plus graves, des résultats étonnants. La résection est à peu près impraticable chez l'enfant, car pour être complète elle entraînerait des sacrifices énormes, parmi lesquels celui presque constant de l'épiphyse inférieure, fertile, du radius; elle laisserait ainsi un membre non seulement trop court mais médiocrement utilisable à cause de la flaccidité de la partie désossée. L'ignipuncture a ici le grave inconvénient de favoriser à un degré extrême toutes les adhérences et gêne en conséquence le fonctionnement des tendons. Si l'on songe d'autre part que l'amputation est une abominable mutilation au membre supérieur, on conçoit qu'il y a tout intérêt à s'en tenir avec persévérance, même dans les cas les plus graves, aux méthodes conservatrices qui, aidées d'un traitement général bien suivi, récompensent généralement des efforts que l'on a tentés.

#### IX. — OSTÉITES ET ARTHRITES TUBERCULEUSES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Tous les os de la main — ceux du carpe venant d'être rattachés au poignet — peuvent être atteints par la tuberculose. Une mention suffit pour les abcès froids ossifluents des *métacarpiens*. C'est de préférence vers le dos de la main qu'ils tendent à faire saillie; ces lésions ont l'inconvénient que les fongosités tendent à envahir les gaines tendineuses voisines. Sitôt l'abcès reconnu, on l'incise et on évacue l'os. Aux articulations métacarpophalangiennes et inter-phalangiennes, on trouve des tumeurs blanches dont les caractères n'ont rien de spécial. La suppuration et la fistulisation y sont précoces. Ces lésions sont rares: heureusement, car l'ankylose qu'elles entraînent presque fatalement est ici fort gênante; un doigt raide est inutilisable; il est plus nuisible qu'utile et dans la classe ouvrière le mieux est souvent de l'amputer. Aussi, par opposition avec ce que nous allons dire pour le spina-ventosa, trouvera-t-on parfois ici l'indication d'amputer. La difformité de la main est chose fort possible, sans doute, mais le fonctionnement n'en est nullement gêné. Le seul doigt qu'il faille conserver à tout prix est le pouce.

Les *ostéites tuberculeuses des phalanges* sont fréquentes. Elles ont coutume d'affecter la forme de l'ostéite raréfiante et boursouflante qu'on appelle *spina-ventosa*. Au début, on remarque qu'une phalange — la première ou la deuxième — d'un doigt quelconque est augmentée de volume; il n'y a pas de fongosités, l'indolence est parfaite. Cette constatation permet d'affirmer qu'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse. Si à cette période on fait de la révulsion, — et par exemple un bon moyen consiste à entourer la phalange d'un emplâtre de Vigo, — on peut obtenir la guérison. Mais souvent l'os devient de plus en plus volumineux, des abcès se forment, des fis-

tules se créent. Dans cette évolution, les faits à noter sont les suivants:

1° Pendant fort longtemps les jointures voisines restent indemnes;

2° Les fongosités vont ronger le tendon extenseur et respectent la plupart du temps les tendons palmaires;

3° Les lésions atteignent souvent plusieurs doigts à la fois.

Il y a là autant d'arguments qui plaident contre l'amputation. En effet, si on opère d'assez bonne heure, on pourra conserver un doigt mobile, à la condition d'avoir gardé avec soin tout ce qui peut assurer la continuité du tendon extenseur. C'est donc par deux petites incisions latérales qu'on évitera la phalange, sitôt que les fongosités tendent à se faire jour au dehors. Après cicatrisation, le doigt est raccourci, parfois un peu dévié; mais il est utilisable.

#### X. — MAL DE POTT

Dans la tuberculose du rachis, il faut étudier à part les lésions du sacrum, des arcs vertébraux postérieurs, des articulations avec le crâne, des corps vertébraux enfin. C'est à la tuberculose des corps vertébraux que l'on doit réserver le nom de mal de Pott.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions tuberculeuses revêtent ici deux formes: superficielle et centrale. Dans la forme superficielle, la carie atteint la surface d'une ou de plusieurs vertèbres dénudées. Elle aboutit, comme la forme centrale, à la formation d'abcès; elle provoque parfois des lésions médullaires. Mais elle respecte la continuité du rachis et ne s'accompagne pas de gibbosité. Dans la forme centrale, au contraire, le corps vertébral malade se creuse d'une véritable caverne et un moment vient où il s'affaisse, incapable de supporter le poids des régions du corps situées au-dessus. Alors se produit, comme dit Lannelongue, une *coupure vertébrale*, et presque constamment c'est sur la ligne médiane que s'infléchit à ce moment l'axe rachidien. Par exception, la destruction est latérale et la déviation rachidienne est caractérisée par une scoliose. A l'angle rentrant, presque toujours médian, dû à l'affaissement d'un corps vertébral, correspond en arrière une *gibbosité* de la ligne des apophyses épineuses. Et primitivement, une seule vertèbre étant malade, il se constitue une gibbosité médiane, angulaire, avec saillie d'une apophyse épineuse.

Mais, une fois l'affaissement produit, des surfaces cariées sont en contact, et à partir de ce moment, les disques vertébraux correspondants étant rongés, agit l'ulcération compressive, dont les facteurs sont ici la contracture musculaire et, bien plus puissamment, le poids du corps au-dessus de la coupure vertébrale. Aussi voit-on la gibbosité s'accroître peu à peu, et devenir de plus en plus longue et arrondie, à mesure qu'augmente le nombre des corps vertébraux qui y participent. De là des degrés successifs, bien décrits par Lannelongue. Il va sans dire, d'autre part, que les gibbosités à grande courbure seront plus fréquentes à la région dorsale, déjà convexe à l'état normal, et qu'alors on admettra volontiers la participation d'un nombre de vertèbres plus grand qu'en réalité. Par exception, le canal médullaire

peut être rétréci par suite de cette flexion rachidienne et la moelle en souffrir ; presque toujours il n'en est rien et là n'est pas la cause des lésions du système nerveux. De même il est à peu près constant que, sur la pièce à l'état sec, les trous de conjugaison aient conservé un calibre suffisant.

Au-dessus et au-dessous de la gibbosité, le rachis subit des *courbures de compensation* inverses, c'est-à-dire dues à la nécessité de rétablir l'équilibre et d'autant plus marquées que le sujet est plus jeune. C'est au nombre de ces déformations mécaniques secondaires que doivent être rangées celles du thorax et du bassin. Avec une gibbosité thoracique supérieure, le *thorax* s'aplatit transversalement tandis que les côtes se rapprochent de la direction verticale et que le sternum est, par sa partie inférieure, projeté en avant. De là une diminution considérable de la capacité thoracique, et il en résulte une gravité accrue des lésions cardio-pulmonaires chez les bossus. La diminution de capacité est bien moindre pour le thorax globuleux des gibbosités dorsales inférieures et lombaires.

Les *déformations pelviennes* sont propres au mal dorso-lombaire : la base du sacrum est projetée en arrière tandis que sa pointe proémine en avant, d'où rétrécissement antéro-postérieur du détroit inférieur ; en même temps les os iliaques basculent, aile en dehors, ischion en dedans.

Si le mal vertébral est lombo-sacré, il se joint à cela un aplatissement de la face antérieure du sacrum et des altérations tuberculeuses de cet os ou des parties voisines.

Symétrique ordinairement, le bassin du mal de Pott peut devenir oblique ovalaire, par l'intervention de complications telles que coxo-tuberculose, tuberculose sacro-iliaque, déviation latérale de la gibbosité. Tout cela est en somme rare. A propos des déformations pelviennes, nous devons mentionner deux sortes d'altérations rachidiennes qui déforment et obstruent le détroit supérieur. La première, *spondylizème*, due à la destruction des corps des dernières lombaires, consiste dans l'abaissement du rachis au-dessus du détroit comme un arbre à demi déraciné barre la route sur laquelle il tombe. La seconde, *spondylolisthesis*, est encore un déplacement du rachis tout entier, mais ce déplacement s'opère parallèlement à l'axe par destruction du disque inter-vertébral lombo-sacré et des apophyses articulaires correspondantes.

RÉPARATION DES LÉSIONS OSSEUSES. — *L'apparition du travail réparateur dans le foyer vertébral n'implique nullement un arrêt de l'envahissement tuberculeux. On voit souvent la lésion tendre à la guérison par certains côtés tandis qu'elle progresse sur d'autres* (Lannelongue). Notion capitale, comme nous le verrons en thérapeutique.

Nous n'avons rien de spécial à dire sur l'arrêt de la carie, la réparation de la caverne et l'intervention de l'ostéite productive, qui tend à enkyster le foyer morbide. Et peu à peu la gibbosité se consolide par un cal périphérique, et surtout par un cal inter-fragmentaire. En même temps, F. Regnault a insisté sur le rôle que joue l'ankylose de l'arc postérieur dans la consolidation du rachis. D'après Ménard, cependant, cette soudure postérieure serait

toujours tardive. Elle ne commencerait pas moins de deux ans après le début, n'acquerrait une certaine solidité qu'au bout de 4, 6, 10 ans et n'offrirait jamais une solidité suffisante pour assurer le soutien du corps en l'absence d'un point d'appui en avant du canal rachidien. Tandis que ces lésions se produisent du côté de l'os, le processus pathologique agit également du côté des parties molles, caractérisé par les fongosités, la caséification et l'abcès froid. Et, ici, l'*abcès par congestion* a pour caractéristique d'être *migrateur*. On a beaucoup écrit sur les causes de ces migrations, sur le rôle de la pesanteur, des pulsations artérielles, des contractions musculaires. En pratique, aucune conclusion n'est à en tirer. Mais ce qu'il faut retenir, c'est que ces migrations peuvent être très lointaines et s'effectuer selon des trajets tout à fait imprévus. C'est que la paroi de l'abcès froid est tuberculeuse, capable d'avoir par elle-même une action destructive, envahissante. Ce processus, il est vrai, a coutume d'être médiocrement actif et la plupart du temps les migrations, quelle que soit leur cause, s'effectuent dans le tissu conjonctif lâche, en se laissant guider par les plans fibreux et aponévrotiques. De là des caractères spéciaux à chaque région.

Les abcès de la région cervicale, parfois sessiles, sont généralement descendants. Partis des corps cervicaux, ils se développent dans le tissu cellulaire lâche prévertébral, refoulent en avant le pharynx ou l'œsophage, et peuvent s'y ouvrir, de même que, mais rarement, dans la trachée ; ils peuvent descendre dans le médiastin postérieur. Partis des régions latérales des mêmes vertèbres, ils se portent assez fréquemment en dehors en suivant les nerfs du plexus cervical. Quelquefois ils cheminent à travers les muscles de la nuque et vont sous le trapèze, à la partie supérieure du dos.

A la région thoracique, les abcès des dix premières dorsales, médians ou latéraux, soulèvent soit les organes du médiastin postérieur où leur irruption n'est pas rare, soit la plèvre et le poumon. Ils sont quelquefois récurrents, remontant vers le creux sus-claviculaire. Ou bien ils suivent un espace intercostal et bombent sur la paroi thoracique. Plus souvent, ils descendent le long de la colonne vertébrale et même franchissent le diaphragme par l'orifice aortique : ils arrivent ainsi dans la fosse iliaque, au-dessus du fascia iliaca. Les abcès dorsaux inférieurs médians suivent les mêmes voies ; mais les latéraux s'engagent comme les lombaires dans la gaine du psoas.

Les abcès les plus volumineux de la région lombaire sont ceux qui naissent des *parties latérales des corps vertébraux*. Ils suivent généralement la gaine du psoas et arrivent avec elle jusqu'à l'arcade crurale, inaperçus dans leur trajet abdominal, dilatés au niveau du triangle de Scarpa, et aboutissant à la région du petit trochanter. Assez souvent leur partie abdominale présente un notable volume, et par le triangle de J.-L. Petit l'abcès gagne la région lombaire. Les abcès situés entre le fascia iliaca et le péritoine peuvent rester en dehors du détroit supérieur et descendre à la cuisse par l'anneau crural, exceptionnellement par l'anneau inguinal. D'autres descendent dans le petit bassin et de là se portent vers la fesse, le périnée, les viscères, exactement comme nous l'avons dit pour les abcès de la coxalgie et de la sacro-coxalgie.

Nous croyons inutile d'insister sur la dégénérescence des ganglions prévertébraux, sur la contamination possible de la plèvre, du péritoine.

On cite des cas exceptionnels d'*ulcération vasculaire* (aorte et artère vertébrale) dus à l'envahissement des tuniques vasculaires par le bacille. Il en résulte des hémorragies énormes et le plus souvent foudroyantes. Il est, par contre, des faits où l'on voit des artères traverser sans en éprouver de dommage la cavité d'un abcès. Les déviations et déformations de l'aorte et de la veine cave, mises en évidence par Bouvier, sont au contraire fréquentes au niveau de la gibbosité. L'aorte suit généralement le rachis dans sa courbure ; plus rarement, refoulée par des fongosités ou un abcès, elle s'infléchit dans le sens opposé, soit suivant une courbe à convexité antérieure ; parfois encore son inflexion est latérale. De là, rétrécissement du calibre de ces vaisseaux.

Nous venons d'étudier les lésions des parties molles extra-rachidiennes : on rencontre les pareilles du côté des *parties molles intra-rachidiennes*. Sans doute, le contenu du canal rachidien demeure parfois intact dans sa structure et ses fonctions, malgré une forte gibbosité et de gros abcès. Mais souvent il n'en est pas ainsi, et là est la cause des symptômes nerveux du mal de Pott.

La *compression osseuse* exercée sur la moelle au niveau de la gibbosité, invoquée par Louis pour expliquer la paraplégie du mal de Pott, est en réalité rare. Elle peut exister, produite par un séquestre, par l'arête de la gibbosité et certains faits opératoires la rendent particulièrement intéressante, mais presque toujours c'est aux lésions tuberculeuses intra-rachidiennes qu'est due la souffrance de la moelle. Fongosités, masses casécuses, abcès froids compriment la moelle à travers ses enveloppes, transformées par une véritable *pachyméningite* caséuse externe ; ils peuvent même envahir et détruire les méninges et la moelle, mais ce fait est exceptionnel.

La guérison de ces lésions se fait ici encore par le mécanisme de la sclérose et de la transformation cicatricielle des fongosités méningées et péri-méningées ; transformation susceptible d'être elle-même une cause de compression et de créer des adhérences entre les méninges et le canal médullaire. La graisse du canal vertébral subit aussi une hypertrophie notable. Elle présente pendant la période d'évolution des fongosités un œdème inflammatoire bien décrit par Sabatier et Denucé. Arrivées à leur maximum, les compressions aboutissent à une véritable *myélite transverse*, et alors se produisent au-dessus et au-dessous de cette ligne les dégénéralions habituelles des faisceaux de la moelle : dégénéralions ascendantes pour les cordons postérieurs, descendantes pour le faisceau pyramidal.

Malgré des lésions très avancées de la substance blanche et même de la substance grise, généralement moins altérée, la récupération fonctionnelle est possible, mais la réparation anatomique est mal connue. La régénéralion de ces éléments nerveux de la moelle n'ayant pas été reconnue chez l'homme ni chez les mammifères supérieurs, « on doit admettre la persistance de tubes nerveux dans le tissu sclérosé, en nombre moindre que normalement mais suffisant encore, par un mécanisme de suppléance inconnu, au réta-

blissement du fonctionnement. » (G. Guinon.) Le fait est qu'une autopsie de Charcot prouve qu'une moelle grosse comme une plume d'oie suffit au fonctionnement. Le système des *racines rachidiennes* est exposé aux mêmes lésions de propagation tuberculeuse et de compression. La propagation n'existe qu'au niveau des ganglions spinaux qui parfois sont envahis et détruits. Les racines et les nerfs ne présentent au contraire que des lésions plus banales de névrite interstitielle avec toutes ses conséquences. C'est l'effet de la compression, qui est exercée non par un rétrécissement des trous de conjugaison (puisque ces orifices sont élargis), mais par les fongosités et la pachyméningite.

**Etiologie.** — C'est de 2 à 5 ans que la tuberculose vertébrale débute d'ordinaire. De 5 à 10 ans elle est encore très fréquente. Au-dessous de 2 ans et au-dessus de 10, elle devient plus rare. La région dorsale est le plus souvent atteinte soit seule, soit avec les régions voisines, cervicale ou lombaire. La colonne lombaire vient après dans l'ordre de fréquence, puis la colonne cervicale. Les actions traumatiques, souvent incriminées, ont un rôle souvent douteux. En réalité, on ne retrouve guère chez les enfants atteints de cette affection que les causes générales de la tuberculose. Mais l'activité de la circulation et de l'accroissement qu'on y observe, la structure spongieuse du tissu osseux qui le forme, le nombre des cartilages de conjugaison qui s'y trouvent, la continuité des pressions dont le rachis est le siège, non seulement dans l'attitude verticale, mais dans la position assise, expliquent surabondamment la fréquence de cette détermination, qui représente 16 pour 100 des cas de tuberculose chirurgicale et vient donc immédiatement après la coxo-tuberculose.

**Symptômes.** — Le *début* est très variable. Il est des malades qui n'éprouvent aucune douleur pendant longtemps et chez lesquels une saillie du rachis est la première manifestation de la maladie ; d'autres qui n'ont que des troubles de la motilité ; d'autres enfin pendant toute la vie desquels un foyer vertébral important reste silencieux, pour être par hasard découvert à l'autopsie. Le plus souvent, cependant, les douleurs spontanées ouvrent la scène. Elles ne sont qu'exceptionnellement rapportées à la région vertébrale atteinte, mais irradient suivant le trajet des nerfs du tronc ou des membres. Ce sont des douleurs en ceinture, des névralgies lombo-abdominales ou sciatiques, des élancements, une sensation de pesanteur, de constriction, de brûlure, etc. Tous ces modes n'ont par eux-mêmes aucune importance diagnostique. Ce qui est le plus significatif, c'est que fréquemment les douleurs sont *bilatérales*. Lorsque les manifestations douloureuses sont unilatérales, ce qui les doit rendre suspectes, c'est la répétition des accès qui deviennent d'ordinaire de plus en plus fréquents et de plus en plus douloureux. Chez quelques sujets, les crises sont telles que se justifie la dénomination de *forme névralgique* donnée à ces cas. Accompagnant les douleurs, ou plus rarement se manifestant dans les formes indolentes, se montrent assez souvent d'autres sensations : fourmillements, picotements, crampes, cryesthésie. Il est enfin des cas où les premiers symptômes consistent en des crises épileptiformes (forme convulsive de Lannelongue).

Ces symptômes doivent conduire à l'examen complet du rachis. L'enfant étant nu et debout, marche-t-il, il est raide, tout d'une pièce, l'air guindé, à petits pas, sans oscillations du tronc ni des bras. Veut-il regarder de côté, il tourne son tronc tout entier, mais est incapable de tourner la tête seule (mal de Pott cervical); lui commande-t-on de respirer profondément, il ne le peut pas et les mouvements de son thorax sont légers et superficiels (tuberculose de la région dorsale). Essaye-t-on de le faire tenir sur un seul pied, il s'y prend maladroitement et conserve très médiocrement l'équilibre. Enfin et surtout, interroge-t-on la flexion spontanée de sa colonne vertébrale, on la trouve nulle ou à peu près. Pour cela on place d'habitude un objet à terre devant l'enfant et on le prie de le ramasser. Sain, il y arrive aisément en courbant son rachis. Atteint de mal de Pott, il se garde de ces mouvements. Il fléchit ses membres inférieurs au niveau de toutes les articulations, et peu à peu il s'abaisse ainsi, la colonne restant droite et rigide. Pour se relever, il appuie ses mains sur ses genoux et n'étend ses membres inférieurs qu'avec la même prudence. Mêmes phénomènes dans les mouvements d'inclinaison latérale.

Tout à fait au début le tableau n'est pas, il s'en faut, aussi caractéristique. Mais on reconnaît par ces procédés la raideur vertébrale, et la main posée à plat sur les apophyses épineuses perçoit que leurs rapports restent immuables tandis qu'elles se rapprochent et s'éloignent, chez un sujet normal, par la flexion et l'extension. Elle constate en même temps la contracture des muscles des gouttières vertébrales. Lorsque le jeune âge du petit malade met obstacle à l'examen de la motilité active du rachis dans un sens déterminé, on peut, à l'exemple de Sayre, rechercher sa motilité passive. On prend l'enfant sur les genoux face contre le sol, membres supérieurs et inférieurs pendants et l'on interroge le jeu des divers segments, en fléchissant, étendant, inclinant de côté et redressant le tronc.

Jointes aux signes fonctionnels, la contracture et l'immobilité rachidiennes permettent souvent de poser le diagnostic de mal de Pott. Pour le contrôler et s'enquérir de la topographie des lésions, il faut rechercher la douleur provoquée. Le sujet étant debout, et peut-être mieux couché sur le flanc ou sur le ventre, on exerce comme pour toute autre région des pressions et percussions localisées sur toutes les parties accessibles du squelette, c'est-à-dire principalement sur les apophyses épineuses, en second lieu sur les apophyses transverses, en troisième sur la région des lames. La douleur exactement circonscrite en un point en révèle la lésion avec certitude. Ce signe peut manquer, mais cela est fort rare. Dans certaines régions le corps vertébral lui-même est accessible, ainsi les 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> cervicales en avant du sterno-mastoïdien, les dernières lombaires même parfois quand la paroi abdominale est complaisante. La sensibilité de ces points à la pression est beaucoup plus significative encore que celle de l'arc postérieur.

Récemment M. Pierre Delbet a insisté soit dans ses leçons soit dans la thèse de son élève Giacometti sur un autre signe extrêmement précoce et utile, l'exagération des réflexes tendineux. Celle du réflexe rotulien est assez difficile à bien apprécier chez un enfant. Mais il y a assez souvent apparition

de trépidation épileptoïde dont la constatation est précieuse pour le diagnostic. Dans les cas frustes on peut, dit l'auteur, la provoquer par l'artifice suivant : maintenir le pied en flexion forcée et donner sur le tendon d'Achille bien tendu 2, 3, 4, 5 coups rapides ou même davantage; il indique enfin un autre réflexe nouveau, le retrait du membre provoqué par pression transversale des orteils. Nous avons eu l'occasion d'utiliser heureusement les signes fournis par l'exagération des réflexes, mais nous les croyons plus tardifs que la rigidité rachidienne.

Dans les cas difficiles, M. Kirmisson se loue de la radiographie. Les caractères principaux seraient les suivants : plusieurs corps vertébraux paraîtraient confondus par disparition des espaces clairs correspondant aux disques. Une ou plusieurs vertèbres paraîtraient déformées. Elles présenteraient des taches noires plus ou moins irrégulières et plus ou moins étendues. Un segment plus ou moins long du rachis paraîtrait engainé par une masse arrondie plus ou moins fusiforme. Les premier, deuxième et quatrième de ces caractères ne sauraient par définition se rencontrer au début, car la maladie doit être très avancée déjà pour avoir détruit les disques, ulcéré les vertèbres, causé autour de l'axe rachidien de grosses collections. Lorsque de telles lésions se sont produites le diagnostic n'est que trop facile sur les symptômes cliniques connus. Quant aux taches des corps vertébraux, elles sont difficiles à apprécier non seulement à cause des organes qui recouvrent l'axe rachidien et dont quelques-uns, tel le cœur, ont une opacité marquée, mais parce que sur l'ombre même des corps se projette celle plus accusée, parfois chez l'enfant, de l'axe postérieur. Comme d'autre part on ne peut guère en dehors du cou prendre deux épreuves en deux plans perpendiculaires et comme on est privé de la précieuse ressource qu'est aux membres la comparaison avec la région symétrique saine, il nous paraît difficile d'espérer que les rayons X puissent permettre de dépister le mal de Pott à sa période initiale.

**GIBBOSITÉ.** — Dans la très grande majorité des cas, une déviation rachidienne vient de bonne heure s'ajouter au tableau précédent et, si l'on peut dire, le signer. Son apparition brusque à l'occasion d'une chute, d'un saut, etc., est exceptionnelle. La coudure rachidienne est alors d'emblée forte; elle s'accompagne quelquefois, au moment où elle se forme, d'un craquement senti par le malade ou perçu à distance, d'une douleur intense et assez souvent de paraplégie. Dans la très grande majorité des cas, c'est tout autrement que la déviation s'installe. D'abord une ou deux apophyses épineuses sont un peu saillantes, puis leur saillie s'accroît, tandis que celles qui sont situées au-dessus et au-dessous prennent des rapports réciproques nouveaux. Tout ce travail s'est d'ordinaire accompli assez silencieusement et le médecin peut être surpris de découvrir une saillie assez forte ignorée des parents. Toutefois, si l'indolence est la règle pour une gibbosité constituée depuis un certain temps, il existe souvent pendant qu'elle évolue une série de troubles qui forment un ensemble assez caractéristique (Boyer). Le décubitus se fait de plus en plus sur les côtés, pour ne pas appuyer la gibbosité sur le plan du lit. Dans la station verticale, les jambes sont un peu