

Il faut savoir, toutefois, que certains sujets présentent des apophyses épineuses déviées physiologiquement d'un côté ou de l'autre, et tenir grand compte de ce fait dans le diagnostic. D'ailleurs, l'intensité de la douleur dans un point limité et, souvent, des phénomènes du côté de la moelle laisseront rarement des doutes dans l'esprit du praticien.

On éprouve presque toujours une certaine difficulté à reconnaître exactement sur quelle vertèbre porte la lésion, même dans les régions dorsale et lombaire, où les apophyses sont saillantes. On peut les compter en partant de la septième cervicale, mais le ligament sus-épineux égalise les saillies dans la région dorsale et le doigt ne les distingue pas bien. On peut aussi compter en partant de bas en haut, et je signalerai à cet égard qu'une ligne horizontale passant par les deux crêtes iliaques, qui sont toujours appréciables au toucher, tombe sur l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre lombaire.

La crête épineuse présente des courbures régulières qui sont celles de la colonne vertébrale, mais elle n'offre pas d'angle ni rentrant, ni saillant. L'existence de ces saillies partielles de l'épine fournit les renseignements les plus précieux pour le diagnostic. C'est le seul moyen de reconnaître si les corps vertébraux ont diminué de hauteur, ou s'ils sont déviés de leur direction normale. L'étendue de ces saillies est nécessairement en rapport avec le degré d'altération des corps vertébraux.

Où la crête est plus saillante qu'à l'état normal, ou elle est déprimée. Dans le premier cas, elle offre deux formes distinctes : tantôt la *bosse* est pointue, anguleuse, ogivale ; d'autres fois elle est arrondie, cintrée. Ces deux formes correspondent à deux affections différentes de la colonne vertébrale : la forme anguleuse prouve que les corps vertébraux se sont affaissés, ont disparu ; elle est caractéristique du *mal de Pott* ; la forme arrondie, au contraire, témoigne qu'un certain nombre de vertèbres sont déviées, incurvées, diminuées de hauteur dans le sens de la flexion, mais non détruites ; elle est caractéristique des déviations rachitiques.

Lorsque, dans le mal de Pott, une ou deux vertèbres seulement sont atteintes, la déviation anguleuse est tellement nette qu'il n'y a pas d'erreur possible. Mais, si un certain nombre de vertèbres sont affaissées, la courbe s'étend sur une plus grande hauteur et la distinction établie précédemment est moins évidente ; cependant, on trouve généralement vers le centre de la gibbosité une ou deux apophyses épineuses plus proéminentes. D'ailleurs, la douleur, l'existence d'abcès par congestion et, souvent, des troubles du côté de la moelle suffiront à établir le diagnostic avec une déviation rachitique.

Au début de l'affection, il est souvent difficile de reconnaître l'existence d'un mal de Pott ; cependant, quand un enfant présentera une certaine gêne dans la marche, des douleurs vagues, nocturnes, etc., quand, au lieu de se courber pour ramasser un objet à terre, il commencera par se mettre instinctivement à genoux, afin de ne pas imprimer de mouvement de flexion à sa colonne, craignez un mal de Pott, et, si vous constatez la plus légère saillie de l'une des apophyses épineuses, affirmez qu'il existe.

Dans le second cas, si la crête épineuse est déprimée, si l'on constate à la suite d'un traumatisme un enfoncement d'une ou de plusieurs apophyses, ou bien le corps d'une vertèbre a glissé sur l'autre et s'est luxé, ou, ce qui est plus probable, les lames sont fracturées et enfoncées vers le canal rachidien. Dans ce