

Il est rare de voir la moelle comprimée à la suite des déviations vertébrales; même les plus prononcées. La compression ne se traduit, d'ailleurs, que dans le mal de Pott, et, même alors, elle est plus souvent le résultat d'abcès ou de pachyméningites : ainsi peut-on comprendre ce phénomène singulier de la disparition d'une paraplégie dans le cours d'un mal vertébral.

Quelle conduite faut-il tenir à l'égard des sujets atteints du mal de Pott? Il ne me paraît pas utile de chercher le redressement dans la grande majorité des cas : on pourrait ainsi retarder la cicatrisation des vertèbres malades, et c'est par ce mécanisme que s'opère la guérison. On a fait grand bruit, dans ces derniers temps, autour du redressement *forcé* des gibbosités pottiques; mais je suis porté à croire que l'ensemble des résultats est plutôt défavorable à cette opération, que je ne saurais recommander, au moins d'une manière générale. On a appliqué au traitement du mal de Pott le corset de Sayre (1), mais il n'est indiqué, ce me semble, que lorsqu'il existe une paralysie plus ou moins complète, et même alors son utilité n'est-elle pas démontrée pour tous les chirurgiens.

Convient-il de maintenir les malades dans le décubitus horizontal ou de permettre la marche? Question souvent embarrassante à résoudre dans la pratique. On ne saurait formuler une règle absolue à cet égard, certains malades devant être maintenus au lit, en raison de leur faiblesse et des douleurs qu'ils ressentent. Cependant, si l'on songe que l'état général joue un rôle dans le traitement de la tuberculose vertébrale et qu'il est fréquent de voir des enfants pauvres, abandonnés à eux-mêmes, parcourir heureusement toutes les phases du mal, il semble qu'il soit préférable de permettre la marche et l'exercice modéré, en recommandant, toutefois, l'usage d'un corset orthopédique.

Lorsque la déviation vertébrale se fait en sens inverse de la précédente, c'est-à-dire que les vertèbres, au lieu de produire une gibbosité saillante en arrière, en forment une en avant, on lui donne le nom de *lordose*. Cette déviation se traduit sur le vivant par une forte dépression dorso-lombaire, une *cambrure*, une *ensellure*, un *ensellement* dorso-lombaire, tels qu'on en voit, par exemple, sur certains sujets coxalgiques, qui corrigent ainsi, autant que possible, la flexion de la cuisse sur le bassin. Cette déviation, beaucoup plus rare que la précédente, peut être le résultat d'attitudes vicieuses, de professions qui obligent à reporter le centre de gravité en arrière, de tumeurs abdominales, etc.

Indépendamment des courbures antéro-postérieures, la colonne vertébrale présente une courbure latérale. Celle-ci porte sur la région dorsale et présente presque toujours sa convexité à droite et sa concavité à gauche. Elle n'existe pas à la naissance et ne commence à apparaître que vers l'âge de sept à huit ans. On accepte généralement aujourd'hui que la courbure latérale est due à la présence de l'aorte sur le côté gauche de la colonne vertébrale. Ce n'est pas mon

(1) Le corset de Sayre consiste en un appareil plâtré qui enveloppe complètement le thorax et l'abdomen du sujet. Il est appliqué pendant que le malade est suspendu par la tête et les épaules, de telle sorte que le poids du corps exerce une forte traction sur la colonne vertébrale. On conçoit que cette manœuvre puisse amener le dégagement de la moelle comprimée par le squelette.