

opinion. Si l'aorte produisait ce résultat, on trouverait sur la partie latérale gauche du corps des vertèbres une empreinte du vaisseau, une gouttière, mais le corps de la vertèbre, et, surtout, la masse apophysaire ne seraient pas repoussés en totalité. Or, tracez sur le vivant une ligne en suivant le sommet des apophyses épineuses depuis la sixième cervicale jusqu'au sacrum, vous verrez qu'il existe une véritable inflexion de la colonne entière.

Pourquoi, d'ailleurs, l'aorte produirait-elle une gouttière à la région dorsale et n'en produirait-elle pas à la région lombaire sur la face antérieure de la colonne? Pourquoi l'aorte n'exercerait-elle pas son action sur la colonne vertébrale dans le jeune âge, alors qu'elle offre une résistance moindre (Bouvier n'a pas rencontré de courbure latérale avant l'âge de sept ans)? Pourquoi la courbure ne serait-elle pas constante, ainsi que l'a déjà fait observer Bichat? Enfin, si la courbure était due à la pression de l'aorte, cette pression s'exercerait aussi bien dans la position horizontale que dans la position verticale : comment expliquer alors que le décubitus horizontal fasse disparaître dans la jeunesse l'inflexion latérale? Ces réflexions, jointes aux faits démontrés à P.-A. Béclard par l'autopsie, à savoir que la transposition de l'aorte de gauche à droite n'avait pas modifié le sens de la courbure, et que chez un gaucher, l'aorte occupant sa position normale, la colonne était courbée du côté gauche, ces réflexions, dis-je, me portent à croire que la présence de l'aorte n'est pour rien dans la production de l'inflexion latérale. Elle résulte, comme l'a dit Bichat, de l'usage plus habituel que nous faisons du bras droit. Pour maintenir l'équilibre, lorsque le bras droit porte un fardeau, nous inclinons le tronc à gauche : d'où l'inflexion latérale ; celle-ci n'existe pas chez les petits enfants, parce qu'ils ne travaillent pas ; et si l'on cherchait bien, on trouverait, sans doute, des inflexions latérales plus ou moins développées en raison de certaines professions, de même qu'il existe des cyphoses et des lordoses professionnelles.

Quoi qu'il en soit, la colonne vertébrale possède une inflexion physiologique latérale à convexité généralement dirigée à droite. Cette inflexion peut s'exagérer au point de devenir pathologique ; on lui donne alors le nom de *scoliose*. On conçoit ainsi pourquoi la scoliose est presque toujours à droite. La courbure latérale, ai-je dit, n'existe pas pendant les premières années de la vie : aussi, Bouvier a-t-il constaté que la scoliose, à cette époque, a été aussi fréquente d'un côté que de l'autre, peut-être même plus fréquente à gauche.

La pathogénie de la scoliose est entourée de sérieuses difficultés, et l'accord est loin d'être fait à cet égard.

Le rachitisme, l'ostéomalacie, le mal de Pott lui-même, en affaissant la partie latérale d'une vertèbre, une cicatrice sur les côtés du thorax, sur l'épaule, etc., peuvent amener une déviation latérale du rachis : mais, outre que ces causes sont extrêmement rares, même le rachitisme, qui n'a que peu de prédilection pour la colonne vertébrale, la scoliose est alors *symptomatique*.

La vraie scoliose, la scoliose *idiopathique*, essentielle, se rencontre de préférence sur les jeunes filles, et plus souvent sur celles qui appartiennent à la classe aisée ; plus souvent aussi à l'époque de la puberté, vers l'âge de onze à quatorze ans. Elle se développe sans cause apparente, sans douleurs, sans trouble aucun dans la santé générale ; le seul symptôme est la déviation de la