Le redressement progressif peut être fait avec les mains, le sujet étant suspendu; on peut aussi bien se servir du cadre à scoliose qui permet de lutter contre la courbure pathologique au moyen de pelotes concaves qui exercent une compression progressive au niveau des points saillants. Le rouleau de Lorenz, l'appareil de Redard, l'échelle mobile de Dolega réalisent des positions qui contrarient la déformation et en amènent peu à peu la réduction.

L'assouplissement de la colonne vertébrale produit par des

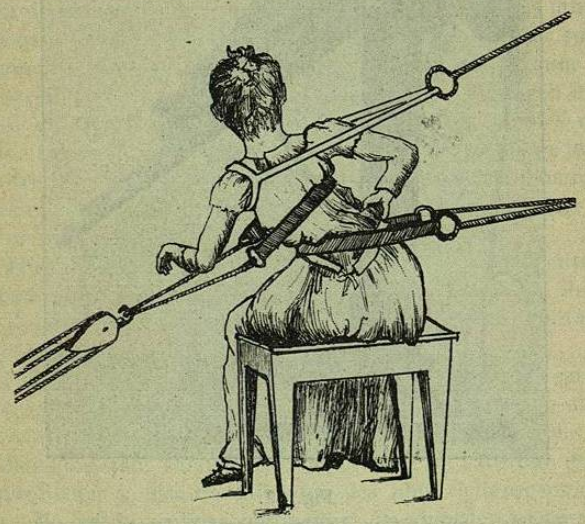

Fig. 90.
Rachylisie (d'après Barwel).

mouvements étendus et par les manœuvres de détorsion du rachis pendant l'extension suivant la pratique de Denucé d'après Lorenz, est susceptible aussi de donner des résultats dans des cas de scoliose invétérée. C'est sur le même principe qu'Howard a basé sa méthode de *rachylisie* ayant pour but de redresser violemment la scoliose au moyen d'écharpes bien

matelassées, les unes immobilisant, tandis qu'une autre exerce des tractions considérables sur la convexité qu'elle essaie de réduire. C'est là un procédé qu'il faut réserver aux scolioses très accentuées ne se modifiant guère par l'extension ; dans tous les cas on ne saurait y recourir avant d'avoir fait suivre au patient un traitement préparatoire dans lequel le redressement est progressif, méthodique et moins violent.

Que peut-on espérer de la rachylisie dans les scolioses du troisième degré ? Évidemment rien ou bien peu de chose au point de vue du redressement, mais beaucoup en ce sens qu'elle empêchera les lésions de s'accentuer et qu'elle améliorera l'état de ces malades qui souffrent et sont notablement soulagés par cette thérapeutique sagement conduite.

Le redressement brusque en un seul temps, sans chloroforme, préconisé par Calot (de Berck), peut-il sans dangers graves guérir les scolioses dites inguérissables ? C'est là un point qu'il est actuellement difficile de résoudre : nous attendrons les résultats pour juger cette méthode encore trop récente.

§ 2. — Cyphose

La cyphose est une courbure anormale du rachis à concavité antérieure.

1° Étiologie. — C'est une déformation qui est rarement congénitale. On l'observe chez les tout jeunes enfants, et alors elle est d'origine rachitique et s'accompagne souvent du torticolis rachitique décrit par Phocas. Plus tard, au moment de la puberté, on l'observe associée à la scoliose ou isolée. Dans ce dernier cas, elle a pour cause la faiblesse musculaire, la croissance rapide et tous les travaux pénibles des champs et de l'atelier. Chez l'adulte on voit la cyphose professionnelle des sujets obligés de garder longtemps l'attitude inclinée en avant. Chez le vieillard la cyphose est relativement très fréquente surtout à la campagne parmi les cultivateurs.

2° Anatomie pathologique. — Les lésions de la cyphose

doivent être étudiées chez les sujets âgés. On trouve un corps vertébral aminci en avant avec des apophyses épineuses très écartées les unes des autres, alors que le ligament vertébral antérieur est raccourci. Le sternum est, lui aussi, concave en avant : dans les cas extrêmes l'apophyse xiphoïde est très rapprochée du pubis. Les régions cervicales et lombaires sont le siège de lordose de compensation.

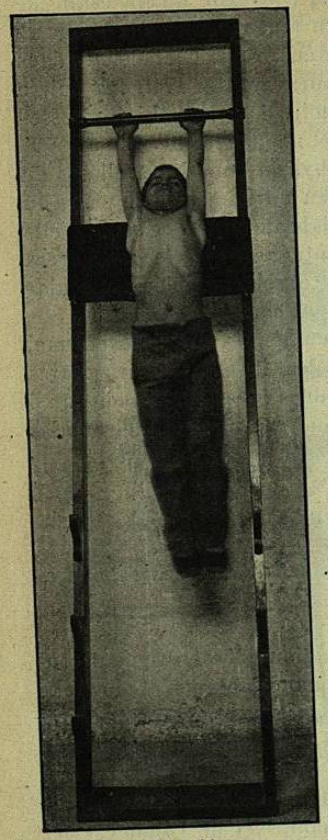

Fig. 91.
Cyphose ; application de l'échelle dorsale.

3° Symptômes. — Le cyphotique a une attitude caractéristique : le dos est voûté et paraît élargi par suite de l'écartement des omoplates ; le cou est projeté en avant, alors que la tête est portée en arrière ; l'abdomen est saillant et souvent les membres inférieurs sont fléchis pour rétablir l'équilibre. C'est là le type de la cyphose que l'on peut constater à partir de l'âge adulte. Chez l'enfant on rencontre surtout la cyphose rachitique des petits souffreteux athrepsiques présentant les stigmates de la faiblesse infantile.

4° Traitement. — Le traitement doit d'abord être prophylactique : lutter contre l'apparition du rachitisme par toutes les précautions d'usage, et lorsqu'il est constitué combattre la déformation par le décubitus dorsal sur un matelas résistant,

dans une gouttière de carton bien matelassée de ouate, s'il s'agit d'un petit enfant. Redresser comme dans la scoliose, en associant les mouvements actifs et passifs au redressement forcé sera le traitement employé contre la cyphose des sujets plus âgés.

Parmi les appareils qu'on peut employer en même temps que la plupart de ceux qui servent pour la scoliose, les échelles cervicale et dorsale méritent une faveur spéciale.

Fig. 92.
Type de cyphose.

§ 3. — Lordose

On désigne sous cette dénomination les courbures pathologiques de la colonne vertébrale à concavité postérieure siégeant, la plupart du temps, à la région dorso-lombaire, exceptionnellement à la région cervicale.

1° Etiologie. — Tandis que la scoliose peut être essentielle, c'est-à-dire constitue à elle seule toute l'affection, la lordose est presque toujours secondaire, soit à une affection des membres inférieurs (luxation de la hanche et coxalgie), soit à une cyphose dorsale, soit à des maladies viscérales. Et l'on comprend que son apparition, son degré et sa durée soient la conséquence de l'affection sous la dépendance de laquelle elle s'est développée. Elle peut survenir, dans des cas exceptionnels, sous l'influence de troubles musculaires : paralysie ou contracture ; dans cette dernière circonstance on a

plutôt affaire à une attitude passagère et de peu de durée.

On a remarqué, chez de jeunes enfants, une lordose de la région lombaire que n'expliquait aucune lésion du voisinage. Il est très probable que ces cas traduisent une exagération simple de l'attitude normale.

2° **Anatomie pathologique**. — Cette déviation, contrairement encore à la scoliose, ne s'accompagne que très tardivement de lésions du squelette, des ligaments et des muscles. Elle amène une exagération de la courbure dorsale et s'accompagne alors de cyphose de compensation.

Fig. 93.
Lordose.

Le bassin est incliné en avant et possède un promontoire très saillant. A la longue, des altérations anatomiques se produisent : les os, s'amincissant au point où s'exerce la pression maxima, arrivent à contracter entre eux, dans cette attitude vicieuse, des adhérences auxquelles participent tous les tissus voisins et l'appareil ligamenteux en particulier.

3° **Symptômes**. — Le sujet atteint de lordose présente une ensellure lombaire manifeste qui a, comme conséquence immédiate, une saillie prononcée de l'abdomen ; la voussure dorsale est plus accusée et la tête se trouve portée en avant. Les plis inguinaux sont plus profonds que normalement, par suite du mouvement d'inclinaison en avant qu'a subi le bassin ; pour la même raison, les régions fessières sont plus proéminentes. Sous l'influence de la suspension, tous ces signes s'atténuent et disparaissent excepté chez les enfants atteints de lordose essentielle et non symptomatique, qui n'est que l'exagération de l'état normal.

4° **Diagnostic**. — Le diagnostic est simple ;en présence d'un sujet atteint de lordose, ce qu'il faut chercher, c'est la cause : on reconnaîtra vite la lordose symptomatique d'une luxation congénitale de la hanche ou d'une coxalgie ; en général, la lordose n'est qu'un épiphénomène de ces affections dont le diagnostic et déjà fait lorsqu'on constate la déviation du rachis.

L'atrophie musculaire et au besoin les réactions électriques permettront de découvrir les lordoses d'origine paralytique qui ont été décrites par Duchenne de Boulogne.

La recherche des phénomènes douloureux et l'examen des principaux viscères feront, dans d'autres cas, trouver la cause de la déviation rachidienne.

5° **Traitement**. — La lordose banale, symptomatique, ne réclame d'autre traitement que celui de l'affection causale. Dans le cas où elle est primitive, elle doit être traitée comme la scoliose, par les différents moyens dont dispose l'orthopédie.

ARTICLE V

OSTÉOMYÉLITE VERTÉBRALE

L'ostéomyélite vertébrale existe au même titre que l'ostéomyélite du tibia ou du fémur, elle est l'inflammation des vertèbres.

1° **Étiologie**. — Affection rare, dont on ne connaît guère qu'une trentaine d'observations publiées (Chipault, *Gaz. des hôpitaux*, 1896 ; Tournadour, *Thèse de Paris*, 1890), l'ostéomyélite vertébrale est soumise aux mêmes causes que celle de autres régions. Plus fréquente chez les garçons que chez les filles, elle est toujours une complication du travail de croissance et se présente exclusivement pendant les jeunes années. Son siège de prédilection est la région lombaire, mais on la voit se développer dans toutes les autres régions du rachis ; dans une proportion à peu près égale, elle frappe les corps vertébraux et la masse apophysaire.