

s'aidant de la suspension, et le malade le conserve pour ses occupations journalières.

C'est dans le traitement des formes rachitiques de la scoliose, chez de jeunes sujets, que l'on a le plus de chances d'arriver à une correction complète de la déformation. De fait, chez des enfants de 4 à 8 ans, nous avons vu disparaître complètement des formes graves d'incurvation rachitique de la colonne vertébrale. De même, chez les sujets plus âgés, les degrés moins élevés de scoliose peuvent être traités avantageusement par le corset lorsqu'il s'agit de sujets vigoureux. Dans les formes les plus graves on peut encore essayer ce mode de traitement avec les précautions indiquées plus haut. En tout cas, lorsqu'on n'obtient aucune amélioration avec l'appareil plâtré ou le corset de feutre appliqué en suspension, nous ne pensons pas que l'on puisse arriver à un bon résultat par n'importe quel autre moyen de traitement. Pour appliquer convenablement ces appareils, la connaissance des différentes formes de scoliose a beaucoup plus d'importance qu'on ne se l'imagine habituellement. Lorsqu'on applique le corset toujours de la même manière, après avoir soulevé le malade jusqu'à ce qu'il ne touche plus le sol que par la pointe des pieds, on peut avoir raison dans un certain nombre de cas, mais il arrive tout aussi souvent que l'on agit ainsi contrairement au but à atteindre. VOLKMANN a déjà fait remarquer que nombre de scoliozes, chez des individus à dos plat, arrivent à leur plus haut degré lorsque le rachis est dans l'extension; aussi a-t-il émis l'idée que, peut-être, ce qui convient le mieux dans ces cas, c'est un corset que l'on applique après avoir donné à la colonne vertébrale une légère incurvation cyphotique. La forme du dos tout entier doit être prise en considération dans l'application du corset. Parfois, en effet, il est nécessaire de soulever le malade de façon qu'il ne s'appuie que sur la pointe des pieds, position dans laquelle le dos se rapproche alors le plus de la forme normale. Par contre, dans d'autres cas, il suffit de soulever légèrement le sujet, et quelquefois même ce dernier n'a qu'à reporter les jambes en arrière de la ligne de suspension. Dans d'autres cas encore, c'est en pratiquant la suspension dans la position assise du malade que l'on réussit à donner au dos la forme la plus convenable pour l'application d'un appareil. Enfin, d'autres fois, il importe d'exercer une pression latérale sur la gibbosité thoracique ou sur la hanche saillante. Bref, il existe un grand nombre de petites modifications que l'on peut utiliser suivant chaque cas particulier, et sur lesquels nous ne pouvons que glisser ici rapidement. Par contre, nous devons insister sur la méthode décrite par PETERSEN, laquelle, en effet, mérite certainement d'être employée dans beaucoup de cas. Cette méthode consiste à appliquer des corsets de plâtre, dans les cas de scoliose et de cyphose, pendant que le patient est soulevé au moyen de la ceinture de BARWELL (fig. 146). Le malade est placé de façon que les extrémités inférieures jusqu'aux trochanters re-

posent sur une table, et la tête sur une autre, puis on soulève le tronc plus ou moins haut, dans une direction opposée à celle de la déviation du rachis.

Quant à la technique de l'appareil lui-même, nous en donnerons plus loin la description (§ 62). Nous ferons seulement remarquer, pour terminer, que dans un grand nombre de cas de scoliozes anciennes et très prononcées, un corset de plâtre ou de feutre met fin aussitôt aux douleurs vives qu'éprouve le malade, soit dans le dos et les espaces intercostaux, soit entre le dos et le bassin. Dans ces cas, naturellement, le corset ne doit pas être appliqué en forte suspension; on se contentera d'exercer avec l'appareil une faible traction sur la tête, de façon à fournir au corps un soutien modéré.

§ 57. — On comprend facilement que lorsqu'il s'agit d'appliquer un appareil orthopédique au traitement de la scoliose, la position horizontale du malade est celle qui convient le mieux, car ainsi se trouvent éliminés les inconvénients résultant du poids du corps. Ce fait, sans doute, justifie la construction de **lits orthopédiques**; mais ce qu'on ne saurait approuver, c'est le procédé qui consiste à soumettre les pauvres malades à l'extension continue pendant des mois ou même des années entières; d'autre part, on a eu tort de chercher à obtenir la correction de la scoliose simplement par l'extension dans l'axe du corps. Par contre, on a réussi à diminuer momentanément la déformation scoliotique en faisant porter l'action des appareils sur les saillies résultant de la convexité pathologique des côtes. Une pression ou traction exercée dans la direction convenable, au niveau de ces saillies, pourrait contribuer au redressement de la scoliose si elle était continuée pendant longtemps, avec des interruptions. Dans la scoliose habituelle ces points saillants existent en arrière du côté de la convexité de la courbure rachidienne, soit dans la région dorsale, soit dans la région lombaire; dans cette dernière la saillie est due aux apophyses transverses et aux muscles qui les recouvrent. Signalons, d'autre part, comme partie saillante, la convexité anormale des côtes sur la ligne du mamelon, par conséquent, dans la scoliose dorsale droite, la convexité des côtes gauches à leur partie antérieure, le thorax étant obliquement rétréci. Le squelette costal présente donc aux extrémités de son plus grand diamètre deux points d'appui, grâce auxquels on peut agir par pression directement sur la courbure des côtes et indirectement sur l'incurvation rachidienne.

Les anciens lits orthopédiques étaient déjà munis d'appareils destinés à agir sur les saillies anormales du tronc dans le sens que nous venons d'indiquer. Ainsi HEINE, le premier, eut l'idée d'exercer des tractions et pressions latérales sur le corps du malade couché horizontalement, et presque tous les nouveaux lits à extension, tels que ceux de GUÉRIN, de BOUVIER, etc., ont été inventés en vue d'utiliser ce moyen d'action. Quelques-uns d'entre eux sont construits de façon à opposer un coussin

en forme de pelote à chacune des convexités dorsale et lombaire. On donne à ces pelotes une forme correspondant à celle des parties du corps sur lesquelles elles doivent s'appliquer. En outre, elles sont mobiles dans une direction perpendiculaire à l'axe longitudinal du corps, de sorte qu'elles peuvent être rapprochées ou éloignées à volonté des parties qu'il s'agit de comprimer, pour être fixées ensuite au moyen de vis ou de courroies. Nous ne pouvons insister ici sur les modifications ayant pour but de renforcer l'action de ces pelotes au moyen de ressorts. Une forme assez employée actuellement, est celle qui consiste à adapter à la pelote destinée à comprimer la partie convexe du dos, une courroie que l'on accroche à une tige élastique faisant ressort et fixée au lit du côté opposé. C'est ainsi que sont construits les lits à extension de SCHILDBACH dont on fait de nos jours un fréquent usage.

On a imaginé également des appareils indépendants, que l'on peut adapter à chaque lit solide muni d'un matelas; on renonce alors com-

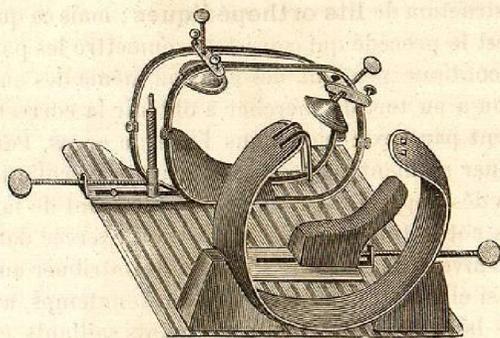


Fig. 147. — Appareil de BUHRING, modifié par HUETER.

plètement à l'extension. Un des plus employés est l'appareil de réduction inventé par BUHRING, consistant en une ceinture pelvienne et deux pelotes pouvant se déplacer latéralement, dont l'une est destinée à la courbure dorsale et l'autre à la courbure lombaire. HUETER a ajouté à la pelote dorsale de cet appareil une double tige d'acier recourbée en arc de cercle au-dessus du thorax; à cette tige est adaptée une pelote mobile sur une vis au moyen d'une articulation à noix; en outre, elle peut se déplacer en totalité le long de la tige. Cette dernière pelote est destinée à exercer une compression sur la convexité antérieure des arcs costaux au niveau de la ligne du mamelon. Le thorax se trouve ainsi comprimé efficacement aux deux extrémités d'une diagonale qui relie les deux points saillants les plus accessibles à une compression. Cette méthode est applicable au thorax obliquement rétréci. Par contre, une troisième pelote doit être ajoutée à l'appareil dans les cas où le thorax est unilatéralement et transversalement rétréci. L'une d'elles vient alors s'appliquer

sur la face antérieure du thorax, du côté de la convexité scoliothique, au niveau de la forte courbure que décrivent les côtes, avant leur insertion sur le sternum. L'autre pelote s'applique sur la paroi latérale du thorax, au niveau de la concavité de l'incurvation dorsale. Tel est l'appareil de HUETER qui me paraît devoir rendre de bons services dans ces cas, pourvu toutefois que l'on ait encore des motifs d'espérer quelque résultat d'un traitement orthopédique.

Les lits orthopédiques avec pression et traction latérales, de même

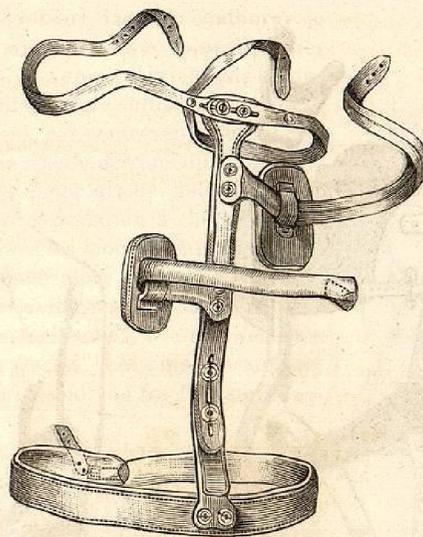


Fig. 148. — Appareil de NYROP à pression à ressort, modification de SCHILDBACH.

que l'appareil décrit en dernier lieu, ne peuvent être employés que d'une façon intermittente. Les malades devront y passer quelques heures de la journée ainsi que les premières heures de la nuit. Beaucoup d'entre eux s'habituent, du reste, bientôt aux inconvénients de l'appareil et dorment sans en paraître incommodés.

Quant aux **appareils portatifs**, ils ont tous beaucoup moins d'efficacité. Les meilleurs sont, sans doute, ceux qui se composent, d'une part, de tuteurs axillaires (lesquels toutefois ne font guère que rappeler au malade la manière dont il doit tenir les épaules, tout en soulageant, il est vrai, passagèrement le squelette du tronc d'une partie du poids de la ceinture scapulaire), et, d'autre part, de petites pelotes destinées à exercer une pression sur les convexités signalées plus haut. Sous ce rapport l'appareil construit par le bandagiste danois NYROP, est d'une efficacité bien reconnue. Cet appareil consiste en une ceinture pelvienne qui doit être confectionnée très exactement d'après la forme du bassin, de façon à