

s'adapter convenablement au contour de l'os iliaque, et à pouvoir servir de point d'appui solide à une tige de fer s'élevant sur le milieu du dos, et terminée en haut par une petite tige transversale, à laquelle sont fixés les soutiens axillaires. La tige verticale porte, en outre, les pelotes qui doivent agir sur les convexités dorsale et lombaire, par l'intermédiaire d'un ressort. Ce dernier présente une forte courbure au point où est adaptée la pelote, laquelle peut, du reste, être déplacée à volonté. Le ressort se continue à son extrémité externe par une courroie. Lorsqu'on exerce une traction sur cette dernière, le ressort, grâce à sa courbure et à

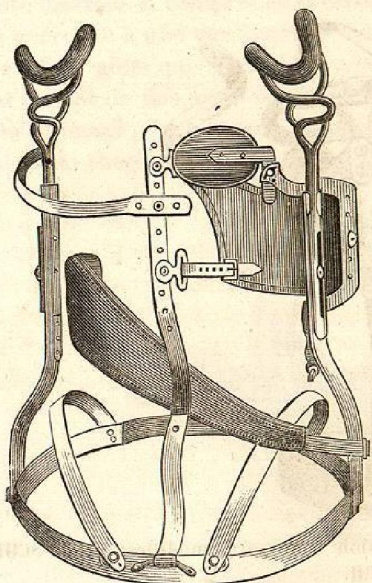


Fig. 149. — Appareil de BIGG.

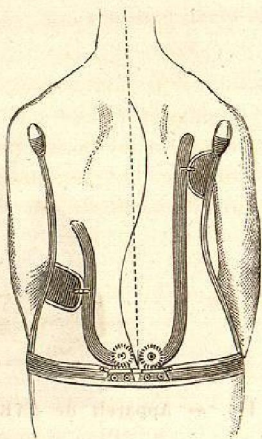


Fig. 150. — Appareil de GOLDSCHMIDT.

son élasticité, tend à fuir en arrière et ne touche le corps du malade que par l'intermédiaire de la pelote, de façon à n'exercer de compression qu'au niveau de cette dernière. La courroie est ramenée en avant autour du thorax et fixée de manière que le ressort ne puisse fuir en arrière.

L'appareil de NYROP est efficace, dans la scoliose mobile, ainsi qu'au début de la période d'immobilisation de cette déformation (1^{er} et 2^e stade). Lorsque la scoliose s'est déjà jusqu'à un certain point solidifiée dans sa forme, ce même appareil, grâce à ses forts tuteurs axillaires et à ses pelotes adaptées exactement aux convexités anormales, a pour effet de s'opposer, autant que possible, à l'aggravation du mal. Actuellement on a la tendance à le remplacer par un appareil en général bien pratique, consistant en un corset de feutre, lequel doit être appliqué d'après des règles à déterminer pour chaque cas particulier.

Les autres appareils sont beaucoup moins efficaces. Leur nombre est légion, et une partie seulement d'entre eux seulement sont construits de façon à donner un appui aux épaules. Ils consistent en deux tuteurs axillaires dont on peut varier la hauteur à volonté, et qui sont fixés à une ceinture pelvienne. Ces appareils sont assez peu efficaces, surtout que, le plus souvent, le tuteur axillaire ne remonte pas à une hauteur suffisante pour pouvoir servir de soutien à l'épaule correspondante. D'ailleurs, la pression dans le creux axillaire ne pourrait être que difficilement supportée pendant longtemps. Un point très important dans tous ces appareils, c'est que la ceinture pelvienne soit solidement adaptée au bassin; cette ceinture est formée d'une tige métallique aplatie bien rembourrée faisant ressort, laquelle contourne le bassin en passant au-dessous des épines iliaques antéro-supérieures. Si l'on ne parvient pas à donner ainsi à l'appareil un degré suffisant de solidité, on y arrive sûrement, par contre, en ajoutant à la ceinture une courte attelle descendant le long de la cuisse d'un côté. Cette attelle doit naturellement posséder une articulation à charnière, qui lui permette de suivre les mouvements de la hanche. L'appareil donne alors beaucoup plus de solidité aux tuteurs axillaires; en outre, on peut ainsi adapter plus facilement à la tige verticale correspondant au rachis, certains mécanismes destinés à agir par pression ou traction sur la colonne vertébrale.

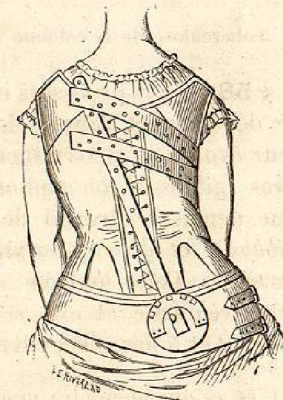


Fig. 151. — Appareil de HOSSARD

Dans nombre de cas de scoliose unilatérale, de même que dans la scoliose statique, avec inclinaison du bassin, un tuteur axillaire unilatéral, du côté de la concavité, est parfois d'une grande efficacité (LOVODELL, SCHILDBACH). VOLKMANN conseille, précisément dans ces cas, d'ajouter aux appareils employés l'attelle fémorale décrite plus haut.

Un appareil qui, dans son temps, s'est acquis rapidement la faveur des chirurgiens, c'est la ceinture de HOSSARD. Ici point de tuteur axillaire, mais seulement une tige postérieure adaptée à la ceinture et mobile sur cette dernière, grâce à une roue dentée. Cette tige a une direction oblique; ainsi dans la scoliose du côté droit, elle se dirige de droite à gauche et de bas en haut en passant d'un côté à l'autre de la colonne vertébrale. A l'extrémité supérieure de ce levier sont fixées en arrière deux courroies qui contournent à droite la convexité formée par l'omoplate et les côtes, puis se dirigent en avant et en bas en forme de spirale pour venir se fixer à la ceinture pelvienne; ces courroies doivent être fortement tendues, de façon à attirer le tronc du côté gauche, et à exercer en même temps une pression sur la convexité dorsale. Cette ceinture est d'une efficacité douteuse; elle n'agit favorablement que dans quelques cas de scoliose simple; aussi fera-t-on bien de ne pas employer cet appareil sous la forme que lui a donnée HOSSARD.

Dans ces derniers temps, les courroies de cuir de la ceinture de HOSSARD ont été remplacées assez généralement par des lacs élastiques; mais tous les appareils qui agissent par traction, ont l'inconvénient de comprimer le thorax

et l'abdomen, c'est-à-dire des parties du corps que l'on ne peut soumettre à une compression. Aussi préfère-t-on bien souvent à la traction, la pression au moyen de pelotes. En général, dans la scoliose habituelle multiple, on se sert d'une ou de deux pelotes, l'une pour la convexité dorsale et l'autre pour la convexité lombaire; ces pelotes sont fixées à la tige dorsale de diverses manières, parfois au moyen de ressorts. Nous ne pouvons insister plus longuement sur tous ces appareils qui souvent ne sont employés que par leurs inventeurs, et sont dans la plupart des cas fort peu efficaces.

DE L'INFLAMMATION ET DE LA SUPPURATION DANS LE DOMAINE DE LA COLONNE VERTÉBRALE, ET DE LEURS CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE LA FORME DE CETTE DERNIÈRE.

Tuberculose de la colonne vertébrale. Spondylarthrocace (Rust). Mal de Pott.

§ 58. — Les processus inflammatoires, le plus souvent chroniques, qui se développent dans le domaine de la colonne vertébrale, et qui, dans leur évolution, déterminent la destruction et le déplacement des vertèbres (gibbosité ou cyphose), ne sont connus exactement des médecins que depuis le travail de POTT, paru en 1779, *sur les rapports de la gibbosité et de la paralysie avec la forme destructive d'inflammation des vertèbres*. Cette maladie mérite cependant d'être connue, car elle est très fréquente, et elle se montre principalement dans l'enfance, soit entre 2 et 5 ans. Cependant on l'observe souvent aussi à un âge avancé.

C'est ce que démontre une statistique basée sur 4996 cas de carie des différentes parties du squelette, que BILLROTH et MENZEL ont recueillis dans les protocoles d'autopsies de l'Hôpital Général de Vienne. En effet, dans 35, 2 0/0 des cas, la carie intéressait la colonne vertébrale. Mais comme le chiffre total ne comprend qu'un petit nombre d'enfants au-dessous de 10 ans, il faut admettre que la proportion réelle est encore plus élevée.

L'inflammation granuleuse, fongueuse, tuberculeuse des articulations vertébrales avec toutes ses conséquences, à savoir la destruction des cartilages, la carie des extrémités articulaires, se présente parfois comme processus isolé, mais la forme typique de cette affection s'observe presque exclusivement au niveau des articulations des deux premières vertèbres entre elles et avec le crâne, et probablement aussi au niveau des articulations des autres vertèbres cervicales. On observe assez souvent dans cette région du rachis toutes les conséquences de la destruction des parties articulaires, jusqu'à la luxation spontanée (de la tête sur l'atlas, de l'atlas sur l'axis).

Quant aux vertèbres situées plus bas, elles peuvent être également le siège d'inflammations isolées d'une articulation, et ces inflammations peuvent donner lieu à certains phénomènes déterminés, et particulièrement à des abcès par congestion, mais elles ne produisent la forme typique du mal de Pott que lorsqu'elles se combinent avec une affection gra-

nuleuse, fongueuse, suppurée des synchondroses correspondantes, ou avec une affection osseuse des corps de vertèbres.

J'ai acquis la conviction que dans la spondylarthrocace, de même que dans les affections tuberculeuses des autres articulations, les os sont, en règle générale, le point de départ de la maladie. Ces ostéopathies primitives consistent dans des foyers du volume d'un pois à celui d'une cerise, siégeant dans les corps vertébraux, et contenant des granulations tuberculeuses et des masses caséuses. Lorsque ces foyers s'ouvrent du côté du fibro-cartilage ou du périoste, ils provoquent dans ces tissus la même forme d'inflammation destructive. Parfois ces foyers renferment des séquestres de toutes dimensions et forment ainsi transition vers ces affections en foyers que les anciens observateurs ont spécialement désignées sous le nom de tuberculose des os (DELPECH, NÉLATON, MEISSEL). Dans les canalicules de Havers d'une partie de l'os se développe une ostéite tuberculeuse qui subit rapidement la fonte caséuse. La région ainsi affectée conserve à peu près sa forme normale; elle apparaît seulement plus claire, sur une coupe, que l'os sain ou hyperémié, dont la sépare une mince couche de granulations tuberculeuses, et dont on peut la sortir comme on énuclée une noix de la coque qui l'entoure étroitement. Ce foyer de nécrose peut aussi s'ouvrir du côté du disque intervertébral ou du périoste, avec les mêmes conséquences que lorsqu'il s'agit d'un foyer de granulations. Il est certainement bien plus rare d'observer des foyers primitifs dans les disques fibro-cartilagineux, avec propagation secondaire aux corps de vertèbres; il se peut même que cette forme n'existe pas du tout, et que ces foyers qui semblent être arrivés à un stade avancé, ne soient que le résultat de la propagation de l'inflammation développée primitivement à la surface de l'os. Du reste, lorsque ces affections tuberculeuses circonscrites se répandent au delà du foyer primitif dans les régions voisines, on observe, en somme, dans toutes les formes de la maladie en question les mêmes processus destructeurs à marche progressive.

Tantôt le tissu normal du fibro-cartilage a disparu dans une étendue variable, pour faire place à des masses granuleuses et fongueuses avec des quantités variables de pus; tantôt les granulations envahissent aussi le corps de la vertèbre et le détruisent de la même manière que lorsque, dans les affections tuberculeuses des articulations, l'épiphyse est envahie et détruite de dehors en dedans. Les effets de la pression se combinent avec ceux des granulations, et ils sont d'autant plus marqués que, déjà auparavant, dans la plupart des cas, les corps vertébraux en relation avec le foyer morbide ont subi un ramollissement diffus. On s'explique facilement, dès lors, la *diminution de hauteur de la colonne vertébrale par ramollissement fongueux du disque intervertébral et carie de la surface du corps de la vertèbre, ainsi que par l'effet de la pression sur l'os en partie détruit, en partie ramolli*. Dans la région malade, qui comprend un ou plusieurs corps de vertèbres, la colonne subit une courbure, soit en avant, lorsque la des-