

traction. Le malade, à cet effet, est couché sur un plan incliné, de façon que la tête soit fixée au niveau de la partie supérieure du lit, et que les pieds n'aient pas de point d'appui à la partie inférieure. SCHAW a divisé le plan incliné en plusieurs parties mobiles, dont chacune peut être déplacée à volonté, suivant que l'on veut agir plus particulièrement sur l'une ou l'autre partie de la colonne vertébrale.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, c'est sur la colonne cervicale que l'extension à l'aide de poids donne surtout d'excellents résultats. Le malade étant couché horizontalement, on fait agir un poids par l'intermédiaire de la partie céphalique de l'appareil à suspension de Glisson; on peut obtenir de véritables succès par ce procédé que SCHEDE a fait connaître le premier, d'après des observations prises à la clinique de VOLKMANN. En même temps que la contracture douloureuse, disparaissent alors les douleurs névralgiques, ainsi que la déformation; on peut même voir guérir rapidement des paralysies (voir fig. 129). VOLKMANN se sert de poids allant jusqu'à 15 livres.

Dernièrement RAUCHFUSS, à Saint-Petersbourg, a fait connaître un procédé qui, en tout cas, permet de pratiquer l'extension d'une façon efficace, et en même temps de produire une incurvation du rachis dans le sens opposé à celui de la cyphose (fig. 153). C'est le poids du corps qui est utilisé pour l'extension; la partie dorsale du tronc est soulevée au-dessus du lit, sur lequel reposent seulement la tête et les extrémités inférieures. La figure ci-jointe rend bien compte, du reste, du mode d'action de cet appareil. REIHER dit en avoir obtenu de bons résultats, soit au point de vue de la déformation, soit comme moyen de calmer les douleurs dont s'accompagne l'affection des vertèbres. VOLKMANN m'a personnellement assuré qu'il en avait obtenu également de bons effets. Les expériences faites à la clinique de Gœttingue, ne sont pas très encourageantes. Tout d'abord il faut bien prendre en considération que, chez les petits enfants récalcitrants, le traitement dans l'appareil de RAUCHFUSS est impraticable. Dans ces cas nous nous sommes servi le plus souvent d'un justaucorps bien collant, avec des manches pour les bras et des prolongements pour les cuisses. Mais quel que soit le moyen de contention que l'on emploie, l'enfant apprend à éluder peu à peu, par une rotation latérale, le décubitus dorsal qui l'incommode. Or, si le décubitus dorsal n'est pas continu, la méthode ne remplit plus une condition nécessaire, à savoir le repos permanent de toute la colonne vertébrale; on peut, sans doute, expliquer ainsi le fait que nous avons vu, relativement souvent, des abcès vertébraux et même, dans un cas, une paralysie survenir dans le cours du traitement par l'appareil de RAUCHFUSS. Lorsqu'on se sert de ce dernier on doit, en outre, veiller à ce qu'il ne se produise pas d'eschare par pression au niveau de la gibbosité. Pour éviter cette complication, on aura soin d'appliquer sous le dos un coussin à air de forme annulaire, dans l'ouverture duquel est reçue la saillie osseuse.

MAAS a remplacé cet appareil par des coussins cylindriques. Nous accordons volontiers que chez les enfants indociles que l'on veut traiter par la méthode de renversement, l'emploi de coussins offre moins d'inconvénients que l'appareil à suspension de RAUCHFUSS.

N'existe-t-il donc aucun appareil capable de fournir au dos un soutien efficace, tout en permettant au malade de marcher? Si l'on se reporte à nos remarques au sujet de la position horizontale comme moyen de traitement, on comprend tout l'intérêt qui s'attache à la solution de cette question. Jusqu'ici, nous nous sommes le plus souvent contenté de fournir à ces malades une ceinture pelvienne avec tuteurs axillaires qui reportent, il est vrai, sur le bassin, une petite partie du poids dont

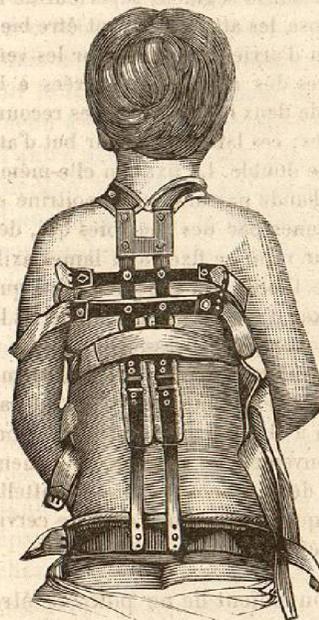


Fig. 154.

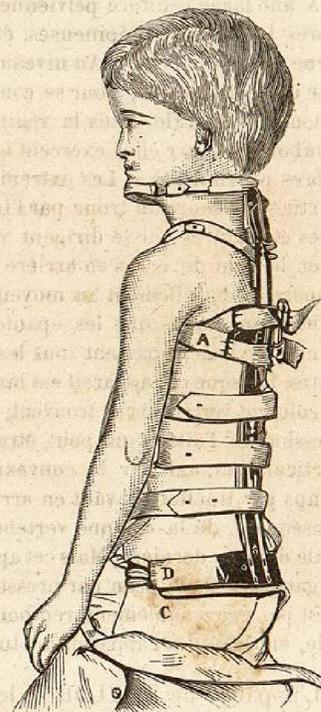


Fig. 155.

est chargée la colonne dorsale. Mais ce résultat est obtenu certainement d'une façon beaucoup plus parfaite au moyen de l'appareil proposé dans ces derniers temps par le chirurgien américain TAYLOR; il est construit de façon à donner au dos un soutien et à corriger la déformation, mais c'est surtout la première indication qui se trouve relativement bien remplie. En tous cas, nous le considérons comme le seul appareil qui, actuellement, doit être pris en considération dans le traitement de la cyphose en plein développement, lorsqu'on veut permettre au malade de marcher. Nous donnons ici les figures de la traduction de l'ouvrage de TAYLOR par le Dr BIESENTHAL (fig. 154, 155), lesquelles nous montrent le mode d'application de l'appareil en question dans la cyphose dorsale et la cyphose cervicale. Nous devons nous borner à quelques re-

marques sur la construction de cet appareil et nous renvoyons, pour plus de détails, à l'ouvrage en question.

L'appareil de TAYLOR a pour but d'empêcher que les divers mouvements du corps ne se traduisent par une pression sur la colonne vertébrale, et particulièrement sur la partie malade de cette dernière, cette pression étant, en effet, supportée par une attelle dorsale articulée qui passe sur la gibbosité et sert en même temps à redresser graduellement la courbure anormale du rachis.

A une large ceinture pelvienne sont fixées deux attelles d'acier qui laissent libres les apophyses épineuses, en s'élevant verticalement de chaque côté de la ligne médiane du dos. Au niveau de la cyphose ces attelles sont interrompues par une articulation, pour se continuer ensuite sur le segment supérieur de la colonne vertébrale. Dans la région de la cyphose les attelles doivent être bien rembourrées, car elles exercent ici une pression d'arrière en avant sur les vertèbres proéminentes. Les extrémités supérieures des attelles sont fixées à la partie supérieure du tronc par l'intermédiaire de deux lames cervicales recourbées et d'autres qui se dirigent vers les aisselles; ces lames ont pour but d'attirer le haut du corps en arrière contre l'attelle double. La fixation elle-même s'opère essentiellement au moyen d'une large bande passant sur la poitrine et l'abdomen, tandis que les épaules sont soutenues par des courroies qui, des lames cervicales, passent sous les aisselles pour venir se fixer aux lames axillaires. Lorsque cet appareil est bien appliqué, le thorax et l'abdomen ainsi que la colonne vertébrale se trouvent, il est vrai, fixés d'une façon très solide, et la pression de l'attelle qui peut être accrue à volonté par redressement, grâce à l'articulation, agit sur la convexité de la courbure pathologique et en même temps par traction d'avant en arrière sur les deux extrémités du tronc, et par conséquent, de la colonne vertébrale, de façon à diminuer la courbure anormale de cette dernière. Mais cet appareil a l'inconvénient de produire facilement la gangrène de la peau par pression au niveau de la gibbosité, lorsque l'attelle n'est pas convenablement rembourrée. — Lorsqu'il s'agit d'une cyphose cervicale, on adapte à l'appareil un tuteur pour la tête.

L'appareil de TAYLOR a le grand inconvénient de ne pouvoir être confectionné que par un habile fabricant; en outre, le médecin doit en connaître bien exactement le mécanisme pour pouvoir l'appliquer de façon à en obtenir de bons résultats. Mais, dans un certain nombre de cas, il ne peut être utilisé, les malades ne pouvant supporter sur leur gibbosité une pression quelque peu énergique, telle que la produit la traction exercée sur l'attelle postérieure par les ceintures abdominale et pelvienne. Enfin, un appareil de Taylor, bien fait, est d'un prix trop élevé pour la clientèle pauvre. Aussi devons-nous considérer comme un grand progrès l'invention d'appareils d'une grande solidité, que le médecin lui-même construit et applique sur le corps du malade. C'est à l'américain SAYRE que nous devons l'introduction dans la pratique d'appareils en plâtre à mouler. La principale amélioration que SAYRE a apportée à la technique de l'application de cet appareil, consiste à placer ce dernier pendant que la colonne vertébrale est étendue, autant

que possible par le poids du corps. Dans ce but, le malade cyphotique est suspendu au moyen d'un appareil analogue à la minerve de Glisson, mais muni, en outre, de deux courroies qui passent sous chaque aisselle et contribuent à maintenir le corps soulevé. Par le poids du corps ainsi suspendu, la colonne vertébrale se redresse jusqu'à un certain point.

L'appareil à suspension est ici d'une grande importance. Peu importe, naturellement, que la poulie employée dans ce but soit supportée par le trépied transportable de Sayre ou par un crochet solidement fixé au plafond de la chambre. Par contre, l'appareil lui-même destiné à exercer une traction sur la tête et les épaules, est très important. Il consiste en un **collier**, en deux **courroies axillaires** et en une **tringle** en fer fixée au crochet de la poulie. Le collier est en cuir épais et bien rembourré; mais c'est surtout sa forme qui a une grande importance; il doit soutenir le maxillaire inférieur et l'occiput, mais avant tout, être construit de façon à ce qu'il ne vienne pas comprimer le cou en glissant en arrière; d'autre part, il ne doit pas exercer une compression douloureuse sur le menton lui-même. Au niveau de ce dernier, le collier prend la forme d'une poche dont la portion verticale est à peu près à angle droit sur la portion horizontale; celle-ci ne doit pas être trop large, afin qu'elle ne vienne pas comprimer le larynx. Les lacs en cuir, fixés, d'une part, sur les côtés du collier, et, d'autre part, aux deux extrémités de la tringle, ont pour but de maintenir le collier écarté et d'empêcher ainsi qu'il ne comprime les oreilles. Les courroies axillaires, qui ont la forme de boudins en cuir rembourrés, sont aussi fixés latéralement aux crochets de la tringle. Quand au mode de suspension, on choisira avant tout celui que le malade supporte le mieux, c'est-à-dire que l'on soulèvera le corps également par la tête et les épaules, ou plus par la tête que par les épaules ou *vice-versa*. Chez les individus légers, de petite taille, surtout chez les enfants, il est de règle d'employer principalement la suspension céphalique. Par contre, chez les adultes, surtout s'il s'agit de personnes lourdes, le poids du corps doit être supporté essentiellement par les épaules, car le malade ne pourrait tolérer la suspension céphalique pendant toute la durée de l'application de l'appareil. Il est, du reste, exceptionnel d'observer des phénomènes graves à la suite de la suspension. Ce sont les enfants, il est vrai, qui la supportent le mieux; parfois même, au dire de SAYRE, ils trouvent la chose tout à fait agréable et amusante. Lorsque le collier ne soutient la tête qu'en avant et en arrière, le malade accuse parfois une sensation douloureuse de pression au niveau du menton, et surtout une sensation désagréable due à la compression réciproque des molaires. Naturellement, la bouche ne peut être ouverte; il en résulte parfois une certaine gêne de la respiration, et même, si l'on n'y prend pas garde, le malade court le danger d'asphyxie; c'est le seul ennui que nous ayons eu dans l'application de l'appareil de Sayre, abstraction faite des plaintes que font entendre surtout les personnes nerveuses