mations musculaires qui cèdent facilement à l'anesthésie.

Mais je ne vois pas l'utilité de placer l'enfant dans la suspension verticale pour l'endormir. Il paraît qu'il n'y a pas d'accidents. On conviendra que cela est une pure chance et qu'il est très imprudent de donner le chloroforme dans cette attitude.

L'utilité du grand appareil ne me paraît pas démontrée, du moment que l'enfant doit conserver l'immobilité au lit. Nous avons vu que, quel que soit l'appareil, il ne pourra rien contre le poids du corps, si l'enfant marche.

En réalité, de la méthode de Calot-Chipault, il ne reste plus que la notion suivante : « *Certaines gibbosités se réduisent facilement et sans danger sous le chloroforme. Certaines parésies ou paralysies s'améliorent* avec cette méthode, comme elles s'améliorent du reste avec la méthode de Sayre. »

La vraie méthode générale de traitement du mal de Pott reste donc encore l'*immobilisation* pure et simple dans un appareil permettant la *cure d'air*. *Suralimentation*, *immobilisation*, *cure d'air*, voilà les trois termes de la thérapeutique de cette affection.

Les corsets, l'anesthésie, les grands appareils plâtrés, peuvent trouver des indications ; mais c'est à *titre exceptionnel* qu'on y aura recours et pour répondre à une *indication* spéciale. C'est ainsi qu'on donnera le chloroforme pour corriger une scoliose récente coïncidant avec le mal de Pott, pour améliorer une parésie ou une paralysie.

De même on usera de l'appareil de Sayre pour protéger la colonne vertébrale, et on fera cet appareil à la manière de Sayre, ou à la manière de Calot, selon le siège de la gibbosité.

Traitement des abcès par congestion du mal de Pott. — Quand les abcès du mal de Pott sont visibles et tangibles, une première question se pose :

Faut-il les traiter ou les respecter ?

La marche naturelle des abcès par congestion peut autoriser les médications les plus anodines et les entreprises les plus hardies. Interventionnistes et abstentionnistes s'en sont justement réclamés. On voit des individus porter des

abcès par congestion pendant des mois et des années sans aucune altération apparente de la santé générale ; on voit, par contre, un petit abcès récent altérer d'une manière inquiétante l'état général.

En faveur de l'*abstention*, on peut invoquer :

1° Le peu de retentissement de ces abcès sur l'état général ;

2° La guérison spontanée possible de ces abcès, guérison par résorption ou par ouverture spontanée ;

3° La gravité de leur ouverture.

David proclamait déjà cette gravité et disait qu'il faut s'abstenir d'ouvrir ces abcès. L'antisepsie a paru donner tort à David, car on a ouvert, drainé et guéri une grande quantité d'abcès du mal de Pott; mais certains orthopédistes modernes reviennent à la conception de David et proclament la gravité de l'ouverture de l'abcès.

Il me semble qu'il serait plus prudent de dire avec Bouvier que tous les abcès par congestion ne sont pas justiciables d'une intervention chirurgicale.

Les méthodes qui ont été préconisées contre les abcès froids du mal de Pott sont au nombre de trois : 1° l'ouverture large ; 2° l'ouverture parcimonieuse; 3° l'injection après évacuation du contenu.

A l'heure actuelle, il ne reste plus à comparer que l'ouverture large et l'injection.

L'*injection* après ponction est une vieille méthode indiquée par Lugol et perfectionnée par Boinet, remise en honneur, dans ces derniers temps, avec Billroth, Frankel, Mosetig, Verneuil.

Après avoir vidé l'abcès par aspiration (ordinairement au niveau de la cuisse), on injecte 40 à 50 grammes d'une solution d'éther iodoformé ou de glycérine iodoformée. Il faut avoir soin de ne jamais dépasser 4 à 5 grammes d'iodoforme. Deux à quatre injections répétées à quinze jours d'intervalle sont nécessaires.

L'*ouverture large* régularisée par Volkmann consiste à ouvrir l'abcès à la cuisse et au niveau de l'aine, et à drainer.

Les indications thérapeutiques dans les abcès froids du mal de Pott peuvent se résumer ainsi :

Essayer d'abord de l'expectation pure et simple avec l'immobilisation.

Si l'abcès augmente, s'il est douloureux, faire des ponctions avec injections.

S'il existe de la fièvre, si l'état général périclite, intervenir par l'incision.

Faire de même l'incision, si les injections ont échoué.

En suivant ces préceptes, on aura rarement l'occasion d'intervenir chirurgicalement ; souvent la ponction et l'injection seront suffisantes.

CHIRURGIE DU RACHIS

Voici le tableau des opérations qui ont été faites au niveau du rachis (d'après Auffret).

Opérations ayant pour but d'attaquer la *face postérieure du rachis.*	Régions	cervicale.	Procédé de *Horsley*, de *Mac-Donne* avec toutes variantes (usage de la scie, de la pince tranchante, de la gouge, ou de ces moyens combinés).
		dorsale.	
		lombaire.	Procédé d'*Ollier :* résection vertébrale, pénétrante sous périostée.
		sacro-coccygienne.	
Opérations ayant pour but d'attaquer la face antérieure de la *colonne vertébrale*	Région cervicale	*Procédé par la bouche* (Auffret)	
		Procédé par le cou ou cervico-latéral	Boudet. Cheyne d'Edimbourg. Saint-Germain. Burckhardt. Pollard. Phocas. Meyer.
		dorsale.	Schœffer. Auffret. Vincent.
		lombaire.	Trèves. Drainage transfémoro-lombaire.
		sacrée.	Opération de Kraske (1er temps) appliquée aux interventions sur la région sacrée : section latérale ou bilatérale du sacrum. Drainage trans-abdomino sacré.

Indications des opérations. — On est intervenu dans les *fractures*, les *luxations*, les *tumeurs*, le *mal de Pott*, et dans le *traitememt du spina bifida*.

Dans les fractures. — Les résultats des laminectomies dans les fractures sont désastreux. On ne saurait trouver une indication opératoire raisonnable que dans les cas suivants :

Fractures par armes à feu, où la laminectomie est une opération analogue à la trépanation du crâne, à la suite des fractures par armes à feu. Elle a pour objet d'antiseptiser le foyer, d'enlever les esquilles, quelquefois même la balle, ou d'arrêter une hémorrhagie.

Dans les luxations. — Les résultats sont encore contestables. Mais, quand les tentatives de réduction ont échoué, on peut être autorisé à intervenir.

Dans le mal de Pott. — On est intervenu pour modifier l'ostéite vertébrale ou pour améliorer la paraplégie. A l'heure actuelle, la tendance est à la conservation. Les opérations pour mal de Pott sont délaissées.

Les abcès guérissent souvent spontanément et par l'immobilisation. Quand ils deviennent trop considérables, la ponction et l'injection iodoformée leur est applicable, et rarement on aura l'occasion de les ouvrir. Plus rarement encore on aura l'occasion d'aller chercher à travers l'abcès le point osseux malade et de faire une opération rachidienne.

Quant aux paraplégies, les opérations proposées sont graves au point de vue opératoire et médiocres au point de vue fonctionnel. Ce n'est que dans les cas de paraplégie pottique par *compression d'un séquestre* ou par *compression fongueuse*, qu'une opération serait indiquée. Mais la pathogénie habituelle des paraplégies pottiques est toute autre et reconnaît pour causes l'oblitération par les fongosités des vaisseaux périduraux (artères, veines ou lymphatiques). Contre de pareilles lésions, la chirurgie reste impuissante.

Tumeurs. — Les trépanations faites pour tumeurs du rachis ont donné, sur 19 opérations, 10 morts et 1 récidive (Chi-

pault). Ce chiffre suffit pour démontrer la gravité opératoire et le peu de succès qu'on peut en attendre.

Spina bifida. — On a dit, à la suite de Mayo-Robson, et de quelques succès chirurgicaux rapportés par Terrier, Berger, Picqué, que l'excision du spina bifida est l'opération de choix.

Au Congrès de chirurgie de 1894, Kimisson avait déjà observé que les enfants atteints de spina bifida présentent un certain nombre de circonstances qui les rendent peu viables. Échappés à la mort opératoire, ils ne tardent pas à succomber à la paraplégie ou à l'hydrocéphalie concomitante.

La statistique de Broca n'est pas encourageante : sur 10 opérés, 3 sont morts, et *un seul* a été reconnu en bon état, un an après l'intervention.

Mes opérés n'ont pas été plus heureux, et le seul enfant qui ait vécu trois mois après est devenu hydrocéphale.

La conclusion s'impose : il ne faut pas opérer le spina bifida, chez les enfants, par l'excision.

SCOLIOSES

Courbure latérale de la colonne vertébrale, la scoliose se caractérise par une *bosse* située sur le côté du thorax, et formée souvent par les côtes.

Il existe trois grandes variétés de scolioses :

1° La *scoliose dite habituelle* ou des adolescents.

Il s'agit en général de filles de seize à dix-huit ans, rarement de garçons.

2° La *scoliose rachitique*, elle s'observe de deux à six ans.

Elle est purement costale, et coïncide avec d'autres signes de rachitisme (thorax en carène, gros ventre, grosse tête, nouures des poignets) ;

3° La *scoliose statique*, qui peut être observée à tout âge, et reconnaît pour cause une inégalité de longueur des membres inférieurs.

La *scoliose habituelle* est celle qu'on aura souvent à soigner.

Traitement préventif. — *Trois indications* à remplir : soulager la colonne vertébrale du poids du corps, fortifier les muscles et les ligaments, éviter les attitudes vicieuses.

Pour soulager la colonne vertébrale du poids du corps, il ne faut pas astreindre les enfants à un travail assis très prolongé. Permettre des repos fréquents, etc.

Éviter les attitudes vicieuses scolaires (bancs, pupitres, manière d'écrire, etc.), corriger la myopie, etc.; faire de l'exercice modéré et de la gymnastique pour fortifier les muscles.

Soigner l'état général (anémie, etc.).

Traitement curatif. — Il consiste :

1° A *assouplir la colonne vertébrale* par des exercices appropriés ;

2° *A réduire la scoliose ;*

3° *A la maintenir réduite ;*

4° *A fortifier les muscles ;*

5° *A soustraire la colonne vertébrale du poids du corps autant que possible ;*

6° *A soigner l'état général.*

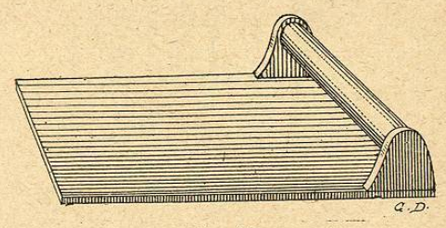

Fig. 65.

Les *exercices* sont très nombreux. Parmi les plus employés je citerai : la suspension latérale de Lorenz. L'auto-suspension dans un appareil de Sayre, les pressions directes, la détorsion de la colonne vertébrale, dans le cadre de Hoffa, etc.

Quand la colonne vertébrale est assouplie, ce qui est obtenu

au bout de plusieurs séances de gymnastique orthopédique, on peut essayer de réduire la scoliose par la suspension et la traction aidées de la pression directe. On peut donner aussi le chloroforme pour faire cette réduction. En général,

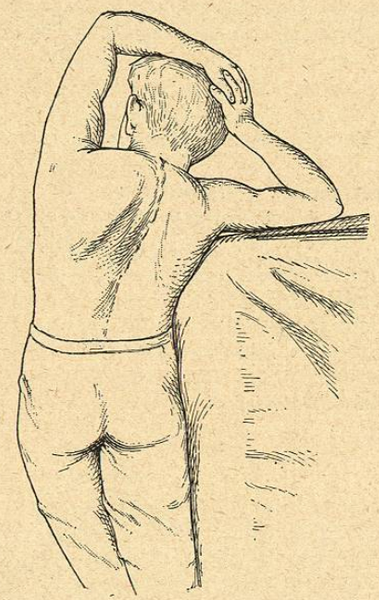

Fig. 66. — Exercices d'assouplissement dans la scoliose.

il suffit de soumettre le malade à la suspension et d'appliquer un corset de Sayre.

Le *corset sera ouvert* de manière à permettre les séances consécutives de gymnastique et à ne pas atrophier les muscles.

C'est dans la scoliose qu'on a construit le plus souvent des corsets en feutre. Sur le moule en plâtre on tend le feutre mou qu'on enduit d'une solution de gomme laque.

On sèche ensuite l'appareil à l'étuve (75°) pendant un quart d'heure. On a utilisé dans le même but le celluloïd dissous dans l'acétone (1/3 de celluloïd pour 2/3 d'acétone). On imprègne de cette solution deux ou trois jerseys appliqués sur le moule.

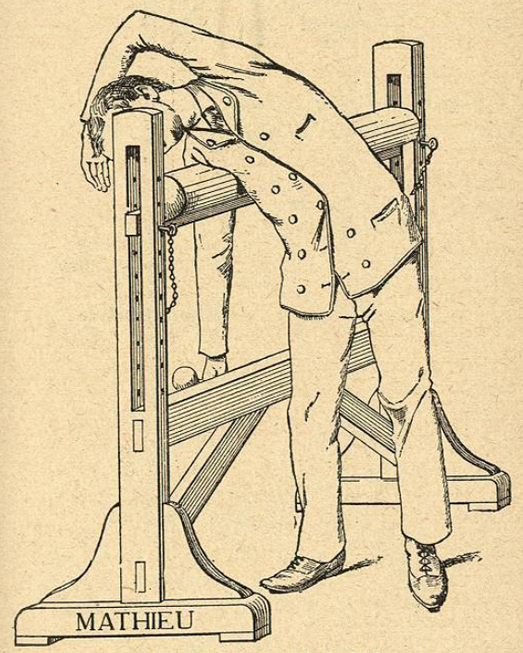

Fig. 67. — Suspension latérale de Lorenz.

Le *repos* est absolument indispensable à l'amélioration de la scoliose. Lannelongue a récemment insisté sur ce point. Le malade se couchera souvent sur un lit dur (toutes les deux ou trois heures dans la journée pendant une demi-heure).

Enfin l'*etat général* sera soigné (fer, quinquina, etc., grand air).

La figure montre une variante de la suspension latérale de Lorenz.

Les *appareils orthopédiques*, en dehors des corsets moulés

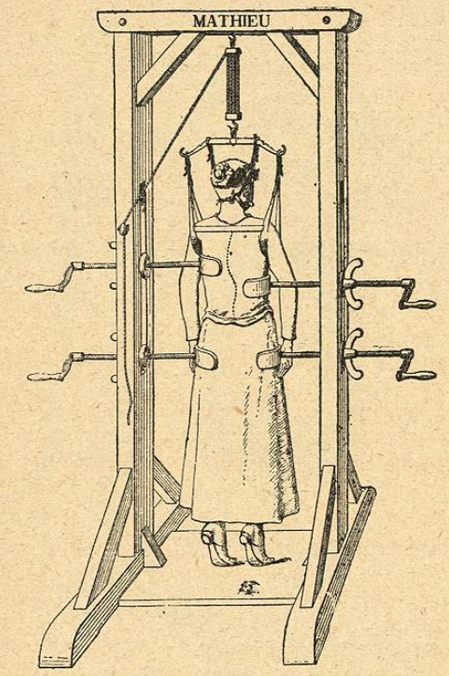

Fig. 68. — Auto-suspension avec pression.

(en cuir bouilli ou une autre substance), sont absolument inutiles ou nuisibles.

Dans le cas de scoliose progressive, le *repos absolu* est de rigueur.

La *scoliose rachitique* sera soignée par le phosphate de chaux et les bains de mer, par le repos relatif et par le redressement graduel.

MALADIES DES MACHOIRES ET DES JOUES

FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Les dangers de ces fractures sont la consolidation vicieuse, les troubles de nutrition, les accidents septicémiques (Richet).

Les *indications* à remplir dans une fracture du maxillaire inférieur consistent à : 1° réduire la fracture; 2° à la maintenir réduite; 3° à désinfecter la bouche; 4° à assurer l'alimentation.

Pour réduire la fracture, on introduit un ou deux doigts dans la bouche, en appuyant avec eux sur les dents, pendant qu'avec le pouce et les doigts de l'autre main on essaie de rendre au bord inférieur de l'os son contour normal.

Pendant que les fragments sont en place, on peut faire prendre l'empreinte des mâchoires du blessé par un dentiste, puis, sur le moule ainsi obtenu, on prépare une plaque en caoutchouc qui emboîte les deux arcades dentaires.

En dehors de cet appareil, souvent peu praticable, on peut avoir recours à une *fronde*, si le déplacement n'est pas trop difficile à maintenir.

Si la fronde ne réussit pas, on peut essayer de maintenir la réduction à l'aide d'un fil d'argent enroulé autour des deux dents voisines de la solution de continuité. Souvent ce moyen est inefficace, et le seul parti à prendre est de pratiquer la *suture des fragments*, opération bénigne, mais assez difficile à bien faire.

Les lavages de la bouche sont de rigueur. Aussi les appareils qui entrent dans la bouche sont à rejeter. Il faut prati-