

de vue du diagnostic, ces faits sont à retenir et il reste établi que les attitudes scoliotiques observées dans la sciatique ne sauraient entrer dans l'affection décrite sous le nom de scoliose, avant le moment où, par suite d'une attitude invétérée, la courbure est permanente. Il en est de même de la paralysie infantile qui porte rarement ses effets du côté de l'axe vertébral, mais aurait été signalée huit fois par Mesmer (de Wiesbaden) sur 156 observations de scoliose (Kirrison, *Rev. d'orth.*, 1895, p. 284) (Sainton).

Dans ces cas, l'examen électrique des muscles, outre qu'il indique exactement l'étiologie spéciale, fait découvrir un fait bien intéressant. La convexité de la courbure se trouve du côté des muscles sains, dont la prédominance d'action ne saurait être invoquée dans le mécanisme de la déviation qui s'expliquerait plutôt par les altérations trophiques subies par les corps vertébraux eux-mêmes atteints par le processus paralytique (Piéchaud).

Pour expliquer au point de vue du diagnostic les scoliose paradoxales dans lesquelles le sens de la déviation rachidienne et celui de la déformation costale ne se correspondent pas, Kirrison et Sainton (*Rev. d'orth.*, 1895, p. 218) estiment qu'il s'agit de déviations rachitiques, où déviation et courbure costale sont deux expressions différentes de la même maladie.

S'agit-il encore de scoliose vraies chez les sujets qui ont déjà dépassé l'âge de la scoliose, dont la croissance est déjà fort avancée, et qui se dévient à la suite de fatigues ou même sous l'influence d'un traumatisme. Ces scoliose tardives des jeunes garçons (Sainton, *Rev. d'orth.*, 1894, p. 560) sont des scoliose vraies produites par l'affaiblissement général, survenant en plein surmenage et qui ressemblent au rachitisme tardif, au genu valgum. Un point restera souvent incertain dans le diagnostic des variétés de la scoliose. Nous voulons parler du siège primitif de la courbure. Avons-nous affaire à une *scoliose dorsale droite*, à une *scoliose dorsale gauche*, *lombaire gauche*, *lombaire droite*; à une *scoliose cervico-dorsale gauche*? Ces formes, dont la fréquence relative est indiquée par l'ordre même de leur énumération, peuvent chacune représenter des complications, des attitudes de compensation quand une inflexion s'est déjà produite dans une région voisine. Un fait doit résoudre le problème : où se trouve la courbure la plus accusée? Les commémoratifs toujours difficiles à recueillir, peuvent encore conduire au diagnostic, quand on les associe à l'examen des courbures. On saura ainsi qu'un enfant mal nourri s'est courbé de bonne heure et l'existence d'une courbure à convexité gauche nous fera penser au *rachitisme*; on saura que, soumis au surmenage pendant une croissance rapide et pénible, le petit sujet s'est incliné peu à peu, élevant l'épaule droite, abaissant l'épaule gauche; la convexité droite sera la *scoliose classique*. Tel autre aura peut-être boité de bonne heure et l'examen des membres inférieurs fera découvrir une différence de longueur, cause première d'une déviation de la région lombaire droite ou gauche (*scoliose statique*). Enfin, aucune des causes signalées déjà ne doit être oubliée : *le nez*, *la poitrine*, *les viscères* seront toujours l'objet d'une attention spéciale pour éviter l'erreur qui consisterait à méconnaître les cas exceptionnels.

En parlant des symptômes de la scoliose, nous avons dit l'importance de l'examen par la suspension. Cet examen devient indispensable quand on veut se prononcer sur le diagnostic du degré de la lésion. A juste titre, Golding Bird et bien d'autres ont divisé les cas en *guérissables*, *améliorables*, *inguérissables*; les premiers correspondent aux déviations dont l'évidence disparaît dès que le sujet, soumis à la suspension manuelle ou instrumentale, a sa déviation soustraite au poids des parties supérieures. Le cas améliorable se trouve, dans les mêmes conditions, modifié d'une manière très nette, mais non corrigé *ad integrum*. On comprend ce que l'inguérissable doit être : mais pour ce dernier, il y a d'autres signes qui en affirment la gravité : chute de l'état général, faiblesse, troubles respiratoires, troubles digestifs, douleurs sur le trajet des nerfs intercostaux qui peuvent être comprimés à leur origine. Encore ces divers symptômes peuvent-ils être atténués par la suspension et peut-on ainsi pressentir que dans une certaine mesure les malades inguérissables peuvent être améliorés par un traitement méthodique.

S'il est utile d'examiner le cas au point de vue de son pronostic et de l'action que le traitement peut exercer sur lui, il faut aussi être fixé sur le degré de la courbure et des déformations secondaires; c'est l'œuvre de la mensuration. Sainton, dans la *Revue d'orthopédie* de 1894, page 105, a publié un intéressant article où se trouvent décrits les scoliosomètres les plus pratiques. Nous renvoyons à cet article, mais si la mensuration mathématique doit être le procédé de choix, elle est loin d'être dans toutes les circonstances applicable, et les moyens les plus simples associés à l'examen clinique très attentif donnent des renseignements excellents. Le fil à plomb fixé sur le point le plus culminant de la région rachidienne permet de mesurer les courbures et l'étendue de leur flèche, et l'on peut reporter sur une feuille blanche, en réduisant les mensurations obtenues au $\frac{1}{5}$ ou au $\frac{1}{4}$, le schéma de la déformation rachidienne. Ainsi pourront toujours être bien appréciés la situation du malade et les progrès du traitement.

Traitement. — Les trois degrés dont il vient d'être parlé tracent régulièrement la conduite du chirurgien. Si, dès le début, la surveillance de l'attitude, les soins hygiéniques suffisent quelquefois, associés à quelques manœuvres orthopédiques très simples, à mesure que la scoliose se fixe et s'ankylose, le traitement devient plus sévère jusqu'au point d'accepter des moyens héroïques de traction et de réduction dernièrement proposés, mais encore discutables. En aucune manière l'action manuelle ou mécanique, l'orthopédie en un mot, ne doit rester isolée du secours qu'elle trouvera dans les soins généraux, dans l'hygiène. Le surmenage, qu'il vienne des travaux de l'usine ou des travaux scolaires, est le même dans ses effets. Travail modéré, repos suffisant, vie en plein air autant que possible, nourriture saine, reconstituants sous forme de bains salés, de massage général, de phosphate, d'huile de morue, de ferrugineux, sont d'une application facile; mais ils n'obtiendraient la plupart du temps aucun résultat si l'orthopédie n'était exactement faite.

Nous ne devons pas dans cet article nous arrêter à la description

détaillée des appareils trop nombreux qui ont été proposés, des méthodes que chacun défend ou attaque au gré de ses caprices ou de ses intérêts. La scoliose doit être suivie dès ses débuts, combattue s'il est possible avant son apparition. Tout enfant qui se tient mal, adopte une attitude vicieuse pendant les travaux de l'école, à plus forte raison s'il est faible, délicat, s'il grandit trop ou souffre de sa croissance, est un candidat à la scoliose, et comme les déviations rachidiennes ne provoquent guère de souffrances, elles ont toujours une marche insidieuse qui empêchent de les reconnaître, quand il serait temps encore de leur porter remède. Aussi la surveillance est-elle de rigueur dès qu'un indice suspect apparaît. Mais si le meilleur traitement de la scoliose est de la prévenir, la plus grande attention devrait être donnée, surtout chez les filles, à l'attitude pendant le travail et aux mobiliers scolaires dont la disposition est à peu près partout défectueuse.

Le plus souvent la surveillance peut corriger, en partie du moins, les conséquences fâcheuses d'une installation médiocre : l'enfant averti, surveillé, se tiendra mieux ; mais sa bonne volonté ou celle de ses maîtres peut être en défaut, et pendant l'écriture, la lecture, il s'inclinera, soit à gauche, soit à droite, soulevant l'une ou l'autre épaule et formant du côté correspondant une convexité vertébrale. Quels que soient les modèles du mobilier proposés, il faut tous les rapporter à la formule suivante : le corps s'incline et se courbe parce que le siège et la table de travail sont trop bas. En effet, la station assise sur un siège peu élevé nécessite toujours l'inclinaison du tronc, et sur une table trop basse l'écriture réclame toujours un point d'appui que prendra l'un ou l'autre membre supérieur. Pour éviter de tels inconvénients, l'enfant pendant son travail doit être assis sur une chaise assez élevée pour que ses pieds viennent simplement appuyer sur le sol ou sur des barreaux gradués, pourvue d'un dossier élevé, permettant à toute la région dorsale, jusqu'à la nuque, de prendre point d'appui pendant les temps de repos qui correspondent aux explications verbales. Il faut que devant lui le pupitre soit légèrement incliné et d'une hauteur telle que l'enfant, étant assis et les bras croisés, son bord antérieur vienne effleurer le sommet du coude. Ces dispositions générales une fois adoptées, il suffit de surveiller les écoliers pour leur donner l'habitude de ne pas se pencher en avant ou de côté, d'écrire ou de lire le corps droit, les coudes également rapprochés du tronc. Si en dépit d'une attitude régulière la déviation vertébrale montrait une tendance à s'établir, il faudrait de suite s'occuper d'un traitement général, capable de relever les forces et d'aider la croissance. Le repos est alors des plus utiles pour combattre la faiblesse musculaire qui, sans être la cause de la déviation, la favorise, et « plutôt que de dire à un enfant de se tenir droit, il vaut mieux le forcer à rester couché » (Judson, 5^e session, *American orthop. Association*). Sans le priver de la vie en plein air, des exercices du corps modérés, le décubitus dorsal pendant 2 ou 3 heures au milieu de la journée peut rendre de réels services, surtout si l'on a soin d'associer, au traitement hygiénique, les bains fortifiants, le massage. L.-H. Petit, considérant que la scoliose résulte de causes multiples, telles que l'arthritisme, le nervosisme héréditaire, le surmenage, la puberté et les

attitudes vicieuses, conseille de s'adresser à ces causes et de prescrire le séjour au grand air, mais non sur les bords de la mer, funestes aux arthritiques. L'absence de médicaments, les douches, le massage, l'électrisation et quelques exercices de gymnastique, destinés à fortifier les muscles, à aider la respiration, constituent pour lui la méthode de choix qui peut être complétée par l'application d'un corset pour soutenir la taille que le sujet affaibli laisse se dévier. Landerer (*Rev. Chir.*, 1886, p. 1018), à juste titre, insiste également sur la faiblesse musculaire et les effets remarquables du massage dans les deux premiers degrés de la scoliose et n'autorise le corset orthopédique qu'avec de grands ménagements. Il arrive, en effet, que le corset orthopédique, s'il maintient la taille, gêne un peu la respiration, constitue une entrave constante pour les mouvements et les jeux, fatigue pendant la marche, est mal supporté dans certaines saisons, et devient ainsi un obstacle relatif pour la nutrition qu'il faudrait cependant à tout prix favoriser. Il semble donc que, tout à fait au début, quand la scoliose est à craindre plutôt qu'elle n'est confirmée, les soins hygiéniques et le repos sont surtout indiqués ; et l'on peut conclure avec Golding Bird : pour le premier degré de l'affection pas de corset, décubitus horizontal maintenu autant qu'il paraît nécessaire, exercice et suspension. L'exercice et la suspension sont destinés à agir sur les muscles et sur les os.

Les exercices gymnastiques s'adressent donc à l'ensemble de la musculature, mais en visant spécialement les muscles les plus affaiblis (haltères, traction avec le membre supérieur droit ou gauche) ils devront être dirigés de telle sorte que la colonne vertébrale ne soit pas soumise à des inclinaisons trop forcées ou trop soutenues.

La suspension agit sur les os et les ligaments. Faite à l'aide de l'appareil de Sayre, ou de l'appareil à scoliose de Kirmisson, ou de la poulie que le sujet lui-même peut actionner par deux tractions latérales, elle dégage les vertèbres des pressions habituelles, et soumet les ligaments à une tension peu violente qui entretient leur souplesse et prépare ainsi la liberté des segments vertébraux qui peuvent, à la longue, subir déformation et ankylose, caractères des deuxième et troisième degrés.

Si ces principes généraux sont nécessaires, il n'est pas moins utile de rechercher la cause déterminante de l'attitude vicieuse que l'on veut corriger et dont on combat les effets prochains. Attitude scolaire, différence de longueur des membres inférieurs, troubles viscéraux, altérations oculaires et nasales : l'examen clinique ne laissera rien de côté et trouvera souvent l'indication précise qui, unie à propos au traitement général, obtiendra un résultat rapide. Wilbur (*The New-York med. Journ.*, 8 décembre 1895) a signalé le décubitus latéral comme cause de la scoliose. Les enfants menacés de scoliose ou atteints seulement au premier degré sont soumis, durant leur sommeil, au décubitus dorsal absolu, sur un lit dur, sans oreiller ou à peu près. Cette recommandation est toujours associée à celle qui règle l'attitude pendant les travaux scolaires.

Nous venons d'examiner avec le premier degré le traitement préventif de la scoliose du deuxième degré. Quand déjà la déformation est fixée et ne

disparaît qu'en partie pendant l'extension verticale qui ne peut redresser des os déformés, des ligaments raccourcis, des articulations compromises, le traitement curatif doit être employé avec énergie. Kirrison, dans son article : « Scoliose » du *Traité de chirurgie*, donne un historique intéressant des tentatives faites avant nous, et Redard, dans son *Traité d'orthopédie*, présente, avec figures à l'appui, le tableau complet des appareils nombreux qui ont été imaginés jusqu'à nos jours. Leur nombre indique suffisamment qu'ils peuvent être simplifiés et nous n'avons pas à les décrire.

Le traitement de la déformation (deuxième degré) est mécanique, sans préjudice des moyens appliqués au premier degré et qui doivent être continués. La suspension verticale et l'auto-suspension font encore la base du traitement; leur intervention est toujours utile pour démontrer le degré de la lésion, pour prévenir l'ankylose et préparer ainsi la voie au traitement orthopédique qui agit directement sur la déformation.

A côté de la suspension, comme nouvel adjuvant des moyens directs, intervient le corset orthopédique. Corsets de plâtre, de lames de bois, de feutre, sont des appareils amovo-inamovibles qui soutiennent le tronc depuis les régions scapulaires qu'ils recouvrent presque entièrement jusqu'aux crêtes iliaques qu'ils dépassent pour prendre un solide point d'appui sur le bassin. On les construit sur le sujet soumis à la suspension verticale en suivant la technique du corset de Sayre dans le mal de Pott. Coupés ensuite verticalement sur la ligne sternale ou sur le côté de la concavité vertébrale, ils peuvent être facilement enlevés au gré du malade et du médecin; mais bien assujettis au moyen de courroies et de boucles, ils sont des soutiens solides dont les parois, bien que moulées sur la forme altérée du rachis et des régions costales, s'opposent à l'inflexion, aux déformations progressives. Si pendant leur application, qui doit être longue, on constate, grâce aux examens cliniques par la suspension après mensuration exacte, qu'une amélioration se produit, un nouveau corset doit être construit, qui s'adapte exactement à la forme du tronc. C'est ainsi que les corsets peuvent être utiles; mais ajoutons encore qu'ils seront sévèrement proscrits toutes les fois que la santé générale déclinera et qu'après un essai de plusieurs semaines, ils ne sont pas supportés. Mieux vaut alors soumettre le sujet au décubitus dorsal à peu près continu. Remarquons enfin que, très utile quand il s'agit d'une courbure lombaire ou dorsale, le corset est moins utile dans les cas beaucoup plus rares de scoliose cervico-dorsale, bien que même alors il rende des services pour s'opposer à la flexion consécutive des autres régions vertébrales.

Le traitement direct de la déviation comprend plusieurs manœuvres pratiquées avec les mains seules ou avec l'aide d'appareils dont la simplicité ne diminue jamais le mérite.

La force des mains réalise le massage énergique de redressement nécessaire aux périodes avancées. Il convient de le faire précéder, dans la même séance, de la suspension qu'on pratique avec l'appareil de Sayre, l'auto-senseur et l'échelle cervicale, et de l'exercice d'assouplissement sur l'échelle dorsale. Celle-ci, tandis que les membres supérieurs sont fixés solidement à

sa partie supérieure et que le sommet du tronc est appuyé sur le coussin transversal, permet de communiquer à l'ensemble du corps des mouvements de balancement et de détorsion qui agissent sur les segments vertébraux pour les assouplir et les préparer au redressement qu'on va pratiquer bientôt après. Pour le redressement, plusieurs appareils vont servir à leur tour ou successivement dans la même séance. Le plan incliné de Lorenz, modifié par Redard, permet, en couchant latéralement le sujet sur la saillie de la convexité, d'imprimer progressivement au tronc une courbure en sens inverse, tandis qu'un point d'appui solide est donné à l'ensemble du corps par le bras du côté de la concavité, replié sur la tête et maintenu par une forte courroie à poignée. Le chirurgien mesure les effets produits, calcule la durée des exercices en rapport avec la fatigue et la résistance du petit malade. C'est ainsi qu'il peut, dans une même séance, s'en tenir à un seul appareil ou les appliquer successivement. Le cadre à scoliose (modèle Kirrison) est d'une application facile, efficace et peu pénible pour le patient. Il réunit les deux avantages que procurent l'extension verticale et la pression méthodique qu'on exerce sur la gibbosité au moyen de pelotes concaves adaptées à la convexité principale et à la convexité de compensation. Le mouvement de redressement peut également être puissamment aidé par une bande de caoutchouc disposée autour du tronc et fixée sur les montants latéraux de l'appareil. Durant cet exercice l'enfant est debout ou assis. Debout, il est soumis à la suspension, les pieds touchant le sol par leur extrémité; mais la suspension ne doit pas être longtemps maintenue, sous peine de fatigue qu'il faut toujours éviter.

Cadre à scoliose, plan incliné à redressement, extension horizontale produite par des poids fixés aux membres inférieurs pendant que la partie supérieure du tronc est solidement maintenue, n'exigent pas absolument les appareils classiques et peuvent être remplacés par des appareils plus simples imaginés sur l'heure par les parents ou le chirurgien. L'habileté manuelle, l'attention soutenue, réalisent d'excellentes conditions de traitement dont les résultats sont fort souvent sensibles à défaut d'un outillage important qu'on ne peut, loin des villes, toujours se procurer. Mais, malgré les plus grands efforts et un traitement très bien dirigé, il arrive souvent que la scoliose s'affirme quand même et fait des progrès toujours plus grands : on arrive ainsi à la troisième période où rien n'est plus à espérer des moyens de douceur. Fischer (*Berlin. klin. Woch.*, 1888, p. 781) a proposé, pour aider le redressement, d'exercer de fortes pressions sur les saillies vertébrales au moyen de poids qui vont de 20 jusqu'à 80 kilogrammes, et qu'on suspend avec des ceintures élastiques appliquées sur les gibbosités pendant que le malade en position genu-pectorale s'appuie sur un siège placé devant lui. Il applique le même principe aux scoliose cervico-dorsales. Le sujet est placé debout; une bande élastique enroulée sur la poitrine vient ensuite passer sur l'épaule surélevée et le cou, retient enfin à son extrémité un poids de 10 à 25 kilogrammes. Progressivement la difformité s'efface.

L'appareil de Beely (*Centr. für orthop. Chir.*, juillet 1889) s'inspire des données précédentes. Deux barres parallèles ou montants verticaux sont

munies en avant d'un coussin transversal sur lequel le sujet appuie les coudes, de deux coussins latéraux qui fixent les hanches. Des courroies auxquelles sont suspendus des poids s'étendent des barres parallèles vers les courbures vertébrales et assurent le redressement comme dans le procédé de Fischer.

Les méthodes de Fischer et Beely sont applicables aux cas de scoliose confirmée, et l'on prévoit que toute manœuvre destinée à obtenir l'assouplissement de la colonne vertébrale peut obtenir des résultats analogues : telle la pratique de Denucé, d'après Lorenz, qui propose d'imprimer de grands mouvements d'extension ou de flexion du tronc. Le patient est couché sur le ventre, le bassin est fixé par les mains d'un aide, les membres supérieurs maintenus et tirés fortement par un deuxième aide : le chirurgien exerce alors des mouvements de pression sur la gibbosité et de détorsion sur l'axe vertébral entier. Cette manœuvre est basée sur l'anatomie spéciale de la scoliose avancée dans laquelle les ligaments raccourcis et épaissis s'opposeraient au redressement. Les mêmes idées ont guidé Barwell (Discussion à la *Roy. Med. and Surg. Soc.*, London, 24 février 1871). Dans son procédé de rachilysie, critiqué par Golding Bird, Howard, l'auteur, tandis que le sujet est solidement établi sur un siège, applique sur la courbure lombaire et sur la courbure dorsale des écharpes bien matelassées reliées à des anneaux fixés à des montants verticaux à droite et à gauche; une troisième écharpe assure du côté de l'aisselle gauche la fixité du tronc. L'écharpe dorsale est alors soumise à des tractions méthodiques, au moyen d'une poulie, et progressivement les courbures rachidiennes sont redressées. La rachilysie est assurément un moyen puissant d'assouplissement et de réduction, mais elle doit être associée à l'électrisation et aux moyens moins violents dont nous avons déjà parlé, bien qu'au dire de l'auteur elle ne produise ni douleur ni gêne. Il serait du reste bien téméraire d'espérer, même des moyens de force, une amélioration notable dans les cas de scoliose du troisième degré, dite inguérissable. Les troubles qu'elle entraîne du côté de la respiration, du cœur, de l'innervation périphérique, réclament cependant, en dépit de leur pronostic mauvais, une intervention fréquente avec les mains et les appareils pour entretenir l'état du malade dans des conditions acceptables : impuissant à guérir, le traitement orthopédique soulage et cela paraît suffisant pour ne pas le négliger et l'abandonner.

Les scolioses graves resteront-elles toujours au-dessus des ressources de l'art? Le redressement forcé n'aura-t-il pas aussi raison des déviations scoliotiques réputées incurables dans lesquelles il paraît moins dangereux que dans la tuberculose? Cette question n'est pas résolue malgré les conclusions de Calot (de Berck), qui dernièrement publiait un mémoire et décrivait une technique opératoire dont les détails sont à peu près les mêmes que ceux qu'il a déjà fait connaître sur l'intervention chirurgicale dans le mal de Pott.

Signalons en terminant les ligatures apophysaires faites du côté de la convexité vertébrale, préconisées par Chipault, la résection sous-périostée des côtes (Volkman, Hoffa), la désémalisation de Jaboulay.

II

CYPHOSE ET LORDOSE

Après la scoliose ou *courbure latérale* du rachis, la cyphose et la lordose, *courbures antéro-postérieures*, doivent être décrites, bien qu'elles soient l'une et l'autre rares dans le jeune âge.

La cyphose (*courbure à convexité postérieure*) n'est jamais que l'expression d'un rachitisme précoce ou d'un état de faiblesse qui peut, dans la seconde enfance, déterminer surtout la scoliose.

La lordose (*courbure à convexité antérieure*), beaucoup plus rare que la cyphose, est consécutive à d'autres altérations du voisinage et représente ainsi presque toujours, sauf dans des cas fort rares, une attitude de compensation.

Cyphose. — *Étiologie.* — L'inflexion du tronc en avant ne doit être considérée comme lésion spéciale que dans les cas où elle est chronique ou irréductible. Dans le second cas, elle appartient surtout à la vieillesse.

Chez l'enfant, la cyphose se présente à deux périodes bien différentes : dans les premiers mois de la vie, et dans la seconde enfance à l'époque où s'observe surtout la scoliose à laquelle elle est fréquemment associée.

La cyphose des jeunes enfants est une manifestation certaine du rachitisme; aussi ne la rencontre-t-on que chez les sujets soumis à des conditions hygiéniques et à une alimentation des plus défectueuses. On s'explique comment elle peut alors être accompagnée de déviations de la tête, du torticolis rachitique signalé par Phocas. A cet âge, la déviation rachidienne provient du peu de résistance des os et des ligaments ramollis qui ne peuvent résister au poids des parties supérieures (membres supérieurs, tête et cou) et l'on comprend que la déviation sera surtout rencontrée chez les enfants rachitiques qu'on a l'habitude de porter au cou. Mais, en dépit de la fréquence des lésions rachitiques, même pendant les premiers mois de la vie, la cyphose des tout jeunes enfants est cependant rare et c'est à peine si, dans ces dix dernières années, nous avons pu en observer plus de 4 à 5 cas.

Passé les premières années, à l'âge de la scoliose, la cyphose isolée est un peu plus fréquente; encore conviendrait-il de discuter les cas et de bien rechercher si à l'inflexion antéro-postérieure ne se joint pas un certain degré de déviation latérale. Ici intervient en première ligne la faiblesse musculaire, la croissance; mais il faut aussi donner une large part aux travaux pénibles, à la culture des champs ou aux fatigues de l'atelier. Cette étiologie est, on le voit, identique à celle de la scoliose, et nous ne pensons pas que cyphose et scoliose des adolescents puissent être réellement isolées : un *dos rond* sera presque toujours latéralement dévié à un degré variable.

La cyphose vraie, celle qui présentera des lésions anatomo-pathologiques spéciales des os, des ligaments et des muscles, est la cyphose professionnelle des vieillards, des ouvriers et cultivateurs obligés de garder d'habitude l'attitude inclinée et chez lesquels les vertèbres se déforment peu à peu pour