

**État actuel du traitement de la scoliose invétérée par la méthode d'Abbott :
thèse présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine
de Montpellier le 24 juillet 1913 / par Th. Sérébrennikoff.**

Contributors

Sérébrennikoff, Th., 1890-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. Firmin et Montane, 1913.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/kq2sv6nt>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Tracts 1710. (3)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

ETAT ACTUEL DU
TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE

INVÉTÉRÉE

PAR LA MÉTHODE D'ABBOTT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1913

PAR

Th. SÉRÉBRENNIKOFF

Né à Moscou, le 12 janvier 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

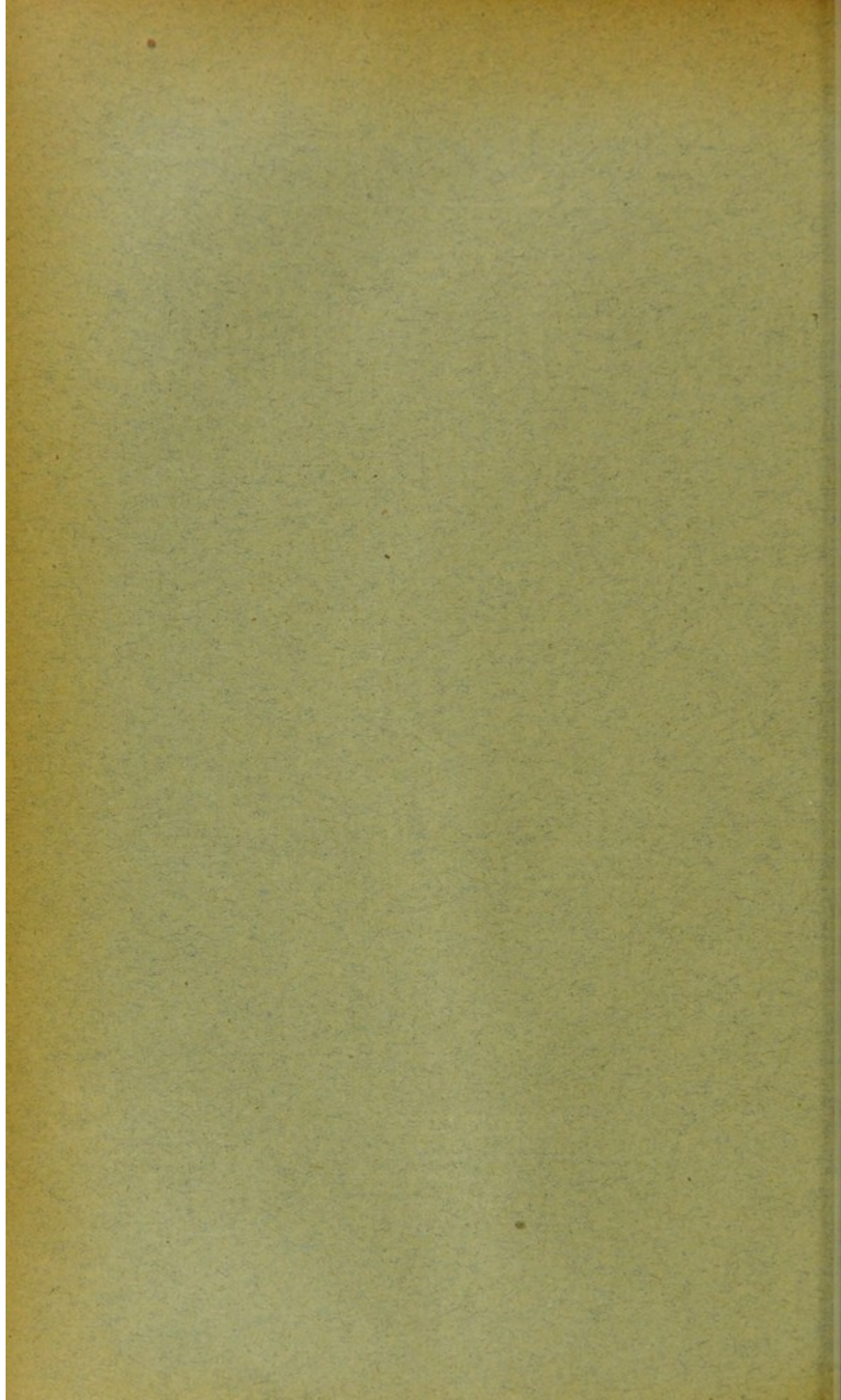
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la Thèse { ESTOR, Professeur, *Président*.
BAUMEL, Professeur
LEENHARDT, Agrégé } Assesseurs
RICHE, Agrégé

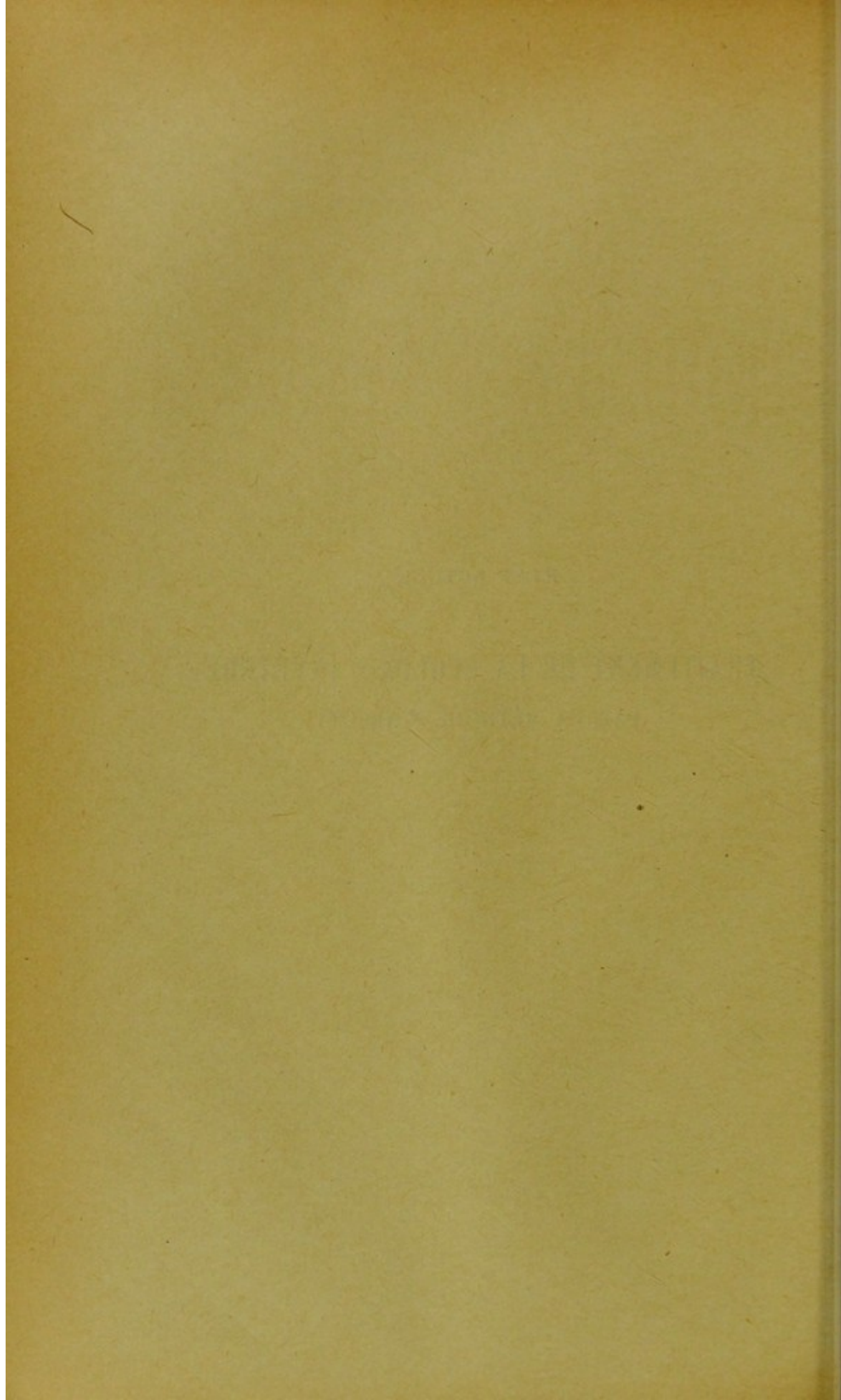


MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913



ETAT ACTUEL
DU
TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE INVÉTÉRÉE
PAR LA MÉTHODE D'ABBOTT



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

3

ETAT ACTUEL DU
TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE
INVÉTÉRÉE
PAR LA MÉTHODE D'ABBOTT

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1913

PAR

Th. SÉRÉBRENNIKOFF

Né à Moscou, le 12 janvier 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

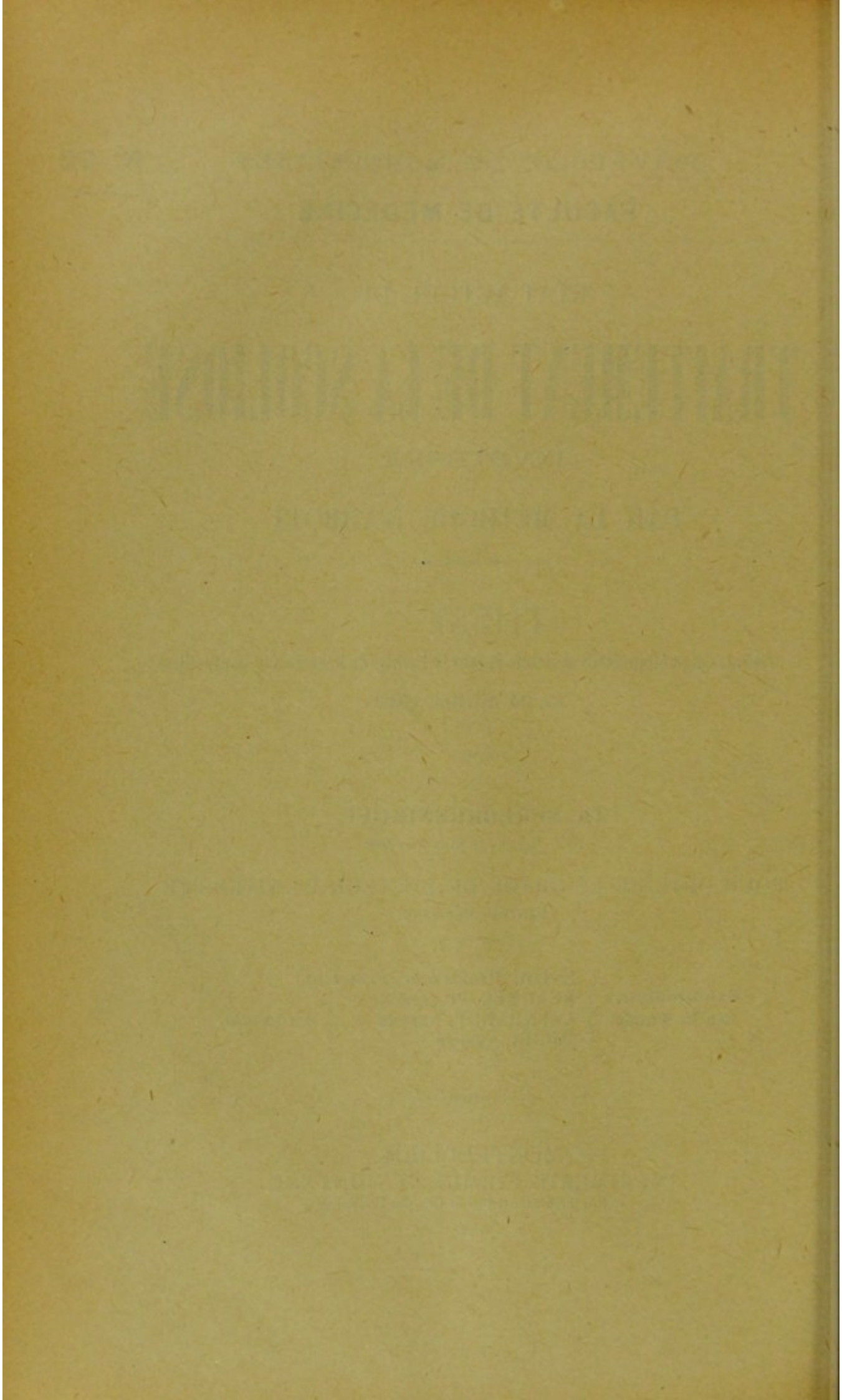
ESTOR, Professeur, *Président*.
BEAUMEL, Professeur
LEENHARDT, Agrégé
RICHE, Agrégé

Assesseurs.



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRETÉAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O *).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales..	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophthalmologique.....	TRUC (O *).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT, HAMELIN (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPÉYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique.....	DE-ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

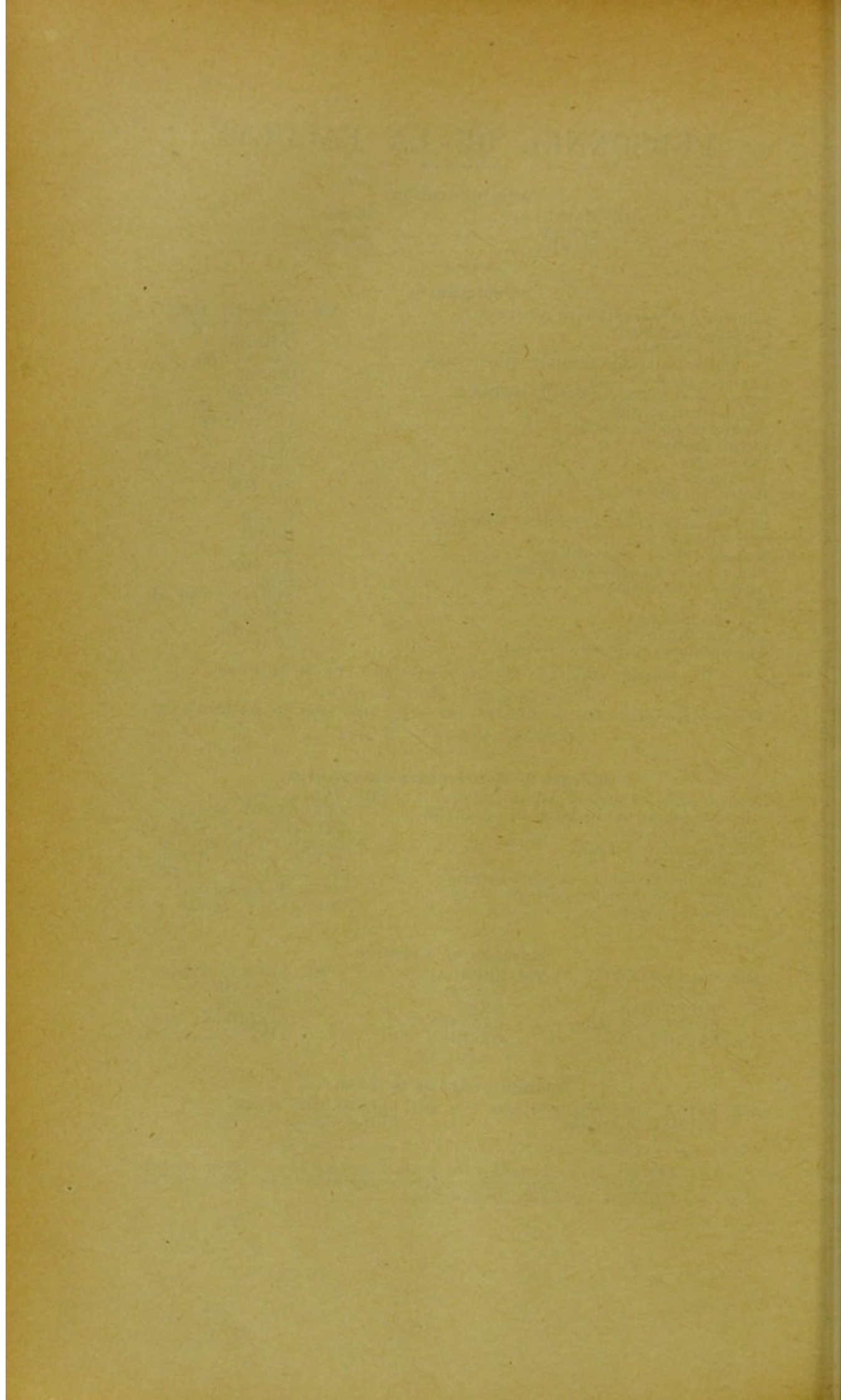
Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f)

Examineurs de la thèse ;

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, <i>agrégé</i> .
BAUMEL, professeur.	RICHE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation



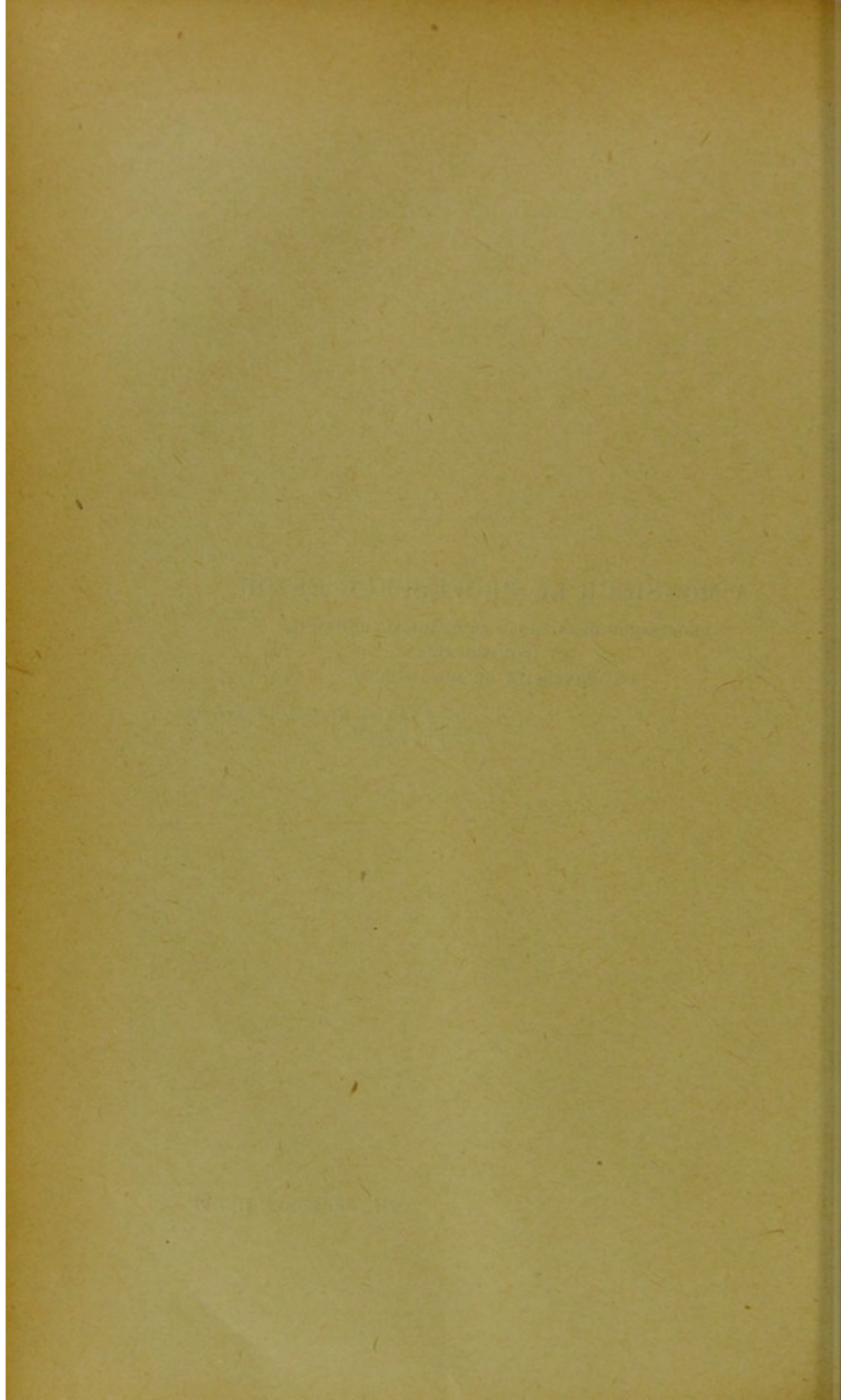
A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE

A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

*Qui a bien voulu accepter de présider
le Jury de notre thèse.*

TH. SÉRÉBRENNIKOFF.



A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

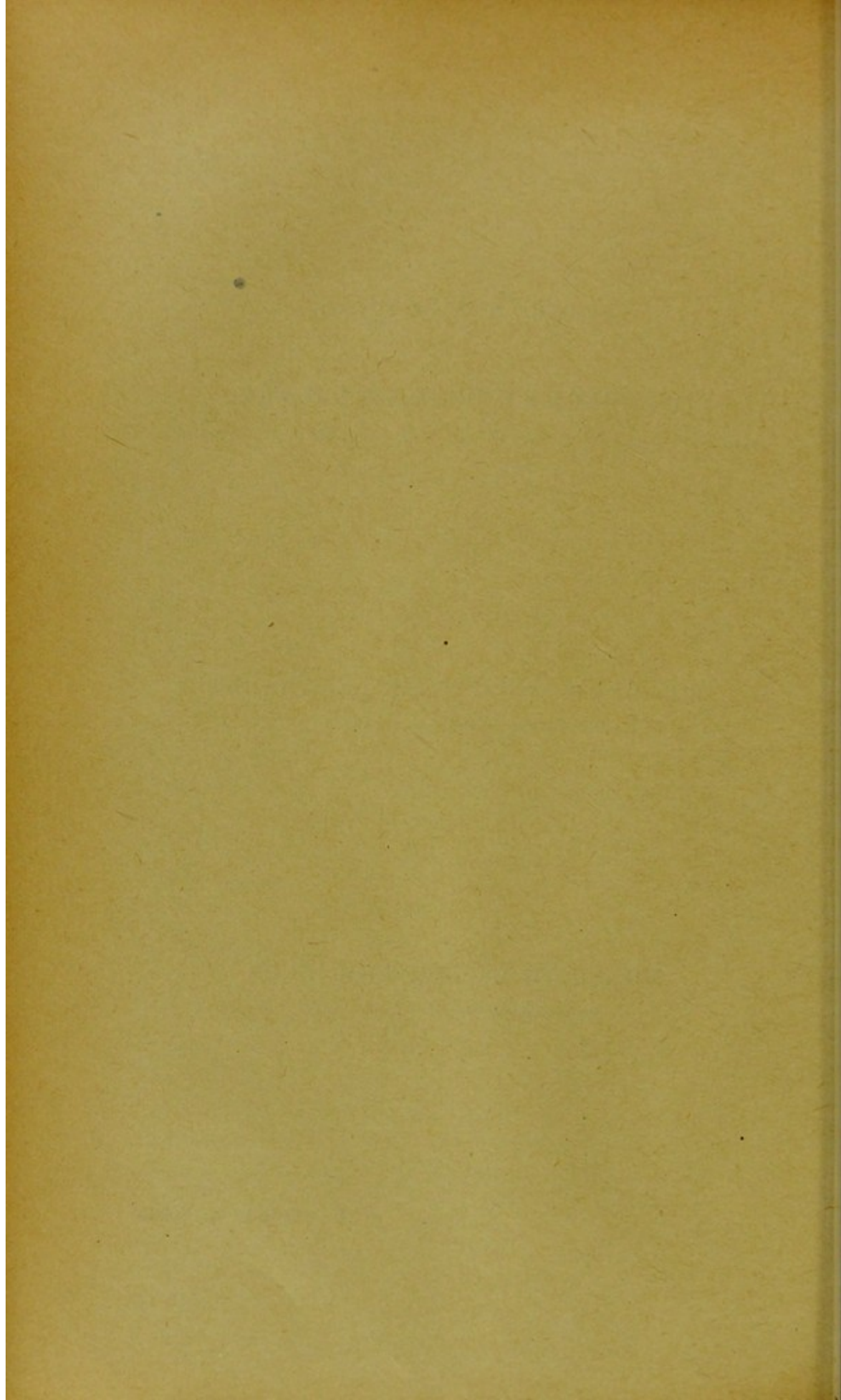
MONSIEUR LE DOCTEUR LEENHARDT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

TH. SÉRÉBRENNIKOFF.





ETAT ACTUEL

DU

TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE

INVÉTÉRÉE

PAR LA MÉTHODE D'ABBOTT

Le traitement de la *scoliose mobile*, c'est à dire de la scoliose au premier ou au deuxième degré, est assez connu pour permettre d'arriver à des résultats satisfaisants.

Il n'en est plus de même, en ce qui concerne les scolioses du troisième degré ou *scolioses fixées*.

En effet, dans les scolioses mobiles, le « trépied thérapeutique » de Lange permet de :

1° Fortifier les muscles du côté convexe par la gymnastique ;

2° Empêcher les raideurs causées par la rétraction des ligaments du côté concave ;

3° Corriger les déformations des vertèbres.

La gymnastique simple, ou avec résistance de l'ortho-

pédiste ou avec l'aide d'appareils ; la suspension ; la planche orthopédique ; le massage ; l'électrisation ; les corsets sont autant de moyens utilisés.

Soignée au début, soignée avec persévérance et bien surveillée, une scoliose non fixée peut être guérie avec un excellent résultat ou très améliorée, suivant le degré très variable des lésions.

Il n'en va pas de même, en ce qui concerne les scolioses fixées, du troisième degré.

Les traitements les plus divers n'ont donné que des échecs ou tout au plus des améliorations seulement.

Calot essaya de redresser les scoliotiques par une compression de la gibbosité sous l'anesthésie générale. Cette méthode brusque, après avoir donné des accidents, est abandonnée actuellement.

L'opération de Volkman reprise par Casse et Hoffa est abandonnée également. Cette intervention consistait en la résection de la gibbosité costale. On conçoit parfaitement qu'elle ne soit plus utilisée.

Le massage est très employé, surtout si des douleurs vives existent. C'est une excellente méthode mais qui n'exerce aucune action curative, ce n'est qu'une thérapeutique symptomatique sans effet sur la maladie.

La méthode la plus utilisée par les praticiens, c'est le corset, ici encore, il s'agit d'un traitement palliatif et non curateur, sur lequel nous n'insisterons pas.

Les chirurgiens utilisent le redressement lent, obtenu grâce à une compression pratiquée au niveau des fenêtres d'un appareil plâtré.

Calot pratique cette compression en ménageant dans un plâtré des fenêtres au niveau desquelles des carrés d'ouate appliqués permettent d'obtenir une compression facile, élastique, méthodique, progressive.

Perdu remplace l'ouate par un *compresseur* en caoutchouc dans lequel il injecte tous les jours de la glycérine.

Mencière utilise un compresseur constitué par une pelote pneumatique placée dans un appareil spécial : l'*automodeleur*.

Il associe à cette compression, l'emploi d'exercices de gymnastique respiratoire.

D'autres auteurs conseillent comme dans le mal de Pott le repos au lit dans le décubitus dorsal et le port d'un corset.

La soustraction du rachis à l'action de la pesanteur, évite ainsi l'augmentation de la bosse scoliotique.

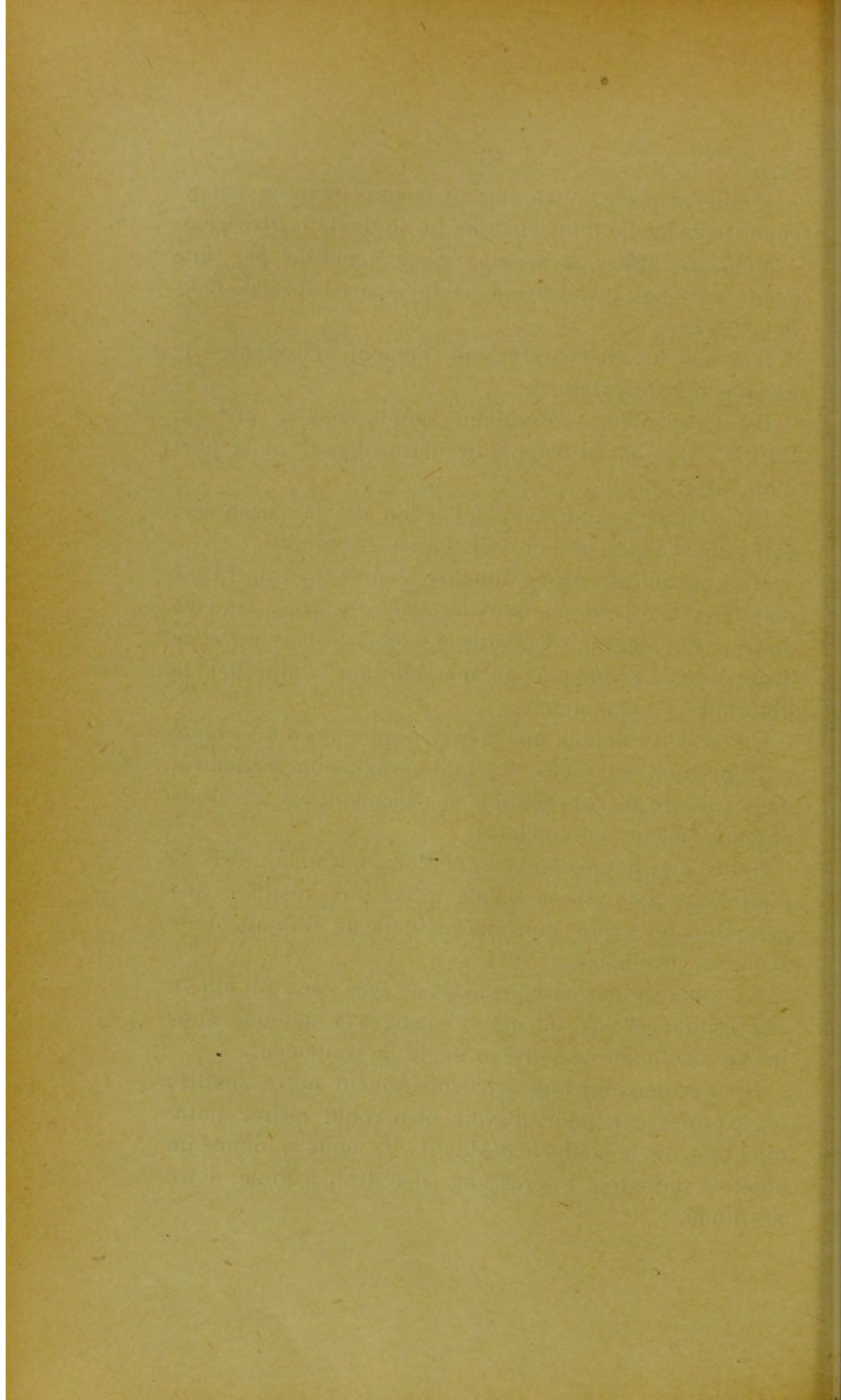
Mais une phrase de A. Mouchet résume bien tout l'espoir de la thérapeutique dans les scolioses fixées, graves du troisième degré. « Lorsque la scoliose est arrivée à ce degré, nous n'avons plus qu'une ambition : empêcher la difformité d'augmenter ».

On conçoit combien une thérapeutique aussi décevante a dû susciter de travaux. La bibliographie du traitement de la scoliose est considérable et cependant les résultats obtenus étaient peu de chose.

Actuellement, un professeur de Portland (Maine. U.S.A) jouit d'une notoriété mondiale grâce aux résultats que permet d'obtenir une nouvelle méthode de traitement de scolioses invétérées.

Les publications enthousiastes de tous ceux qui ont vu ces résultats et expérimenté eux-mêmes la méthode nous incitent à étudier ce nouveau mode de traitement.

Nous remercions tout particulièrement notre maître, M. le professeur Estor, d'avoir bien voulu attirer notre attention sur la méthode d'Abbott; il nous a donné un sujet de thèse très intéressant, il a droit à toute notre gratitude.



HISTORIQUE

La méthode d'Abbott est de date toute récente.

La première publication d'Abbott ne date en effet que de la fin de 1911. Elle parut dans le *New-York Medical Journal*. Encore cet article ne contenait-il que des généralités.

Il faut arriver en avril 1912 pour trouver dans la même publication la première description de la technique d'Abbott.

Le docteur Calvé, de Berck, qui se trouvait en Amérique en 1911, raconte qu'il remarqua une incrédulité générale; la majorité des chirurgiens orthopédistes américains étaient nettement hostiles au nouveau procédé thérapeutique.

Mais peu à peu, dit-il, une transformation s'opéra dans l'esprit du public qui étudia de plus près cette méthode intéressante.

« Devant cet enthousiasme croissant et réfléchi, je me décidais, avec l'aide du docteur Lamy, à entreprendre le traitement de certaines formes graves de scoliose par la méthode d'Abbott. Ce furent les premières tentatives faites sinon en Europe (R. Jones de Liverpool avait déjà deux

ou trois malades en traitement) du moins en France » (Calvé).

Le docteur Lance, appliqua aussi la méthode à quelques cas. Il vient de présenter quelques résultats à la Société de Pédiatrie dans la séance du 10 juin 1913.

Le 9 novembre 1912, Calvé et Lamy publient dans le *Paris Médical* une description de la méthode, accompagnée de photographies de malades en traitement.

Un certain nombre de malades furent ensuite présentés à des sociétés savantes par Lamy (Soc. de Pédiatrie, novembre 1912) Lance, Calvé (Soc. de l'Internat, novembre 1912).

En mars 1913, le professeur Abbott vint en France exposer sa méthode au Congrès de l'Education Physique (Paris, 19 mars 1913). Il se rendit ensuite en Allemagne au Congrès de la Société Allemande de Chirurgie Orthopédique (Berlin, 24 mars 1913,

On trouve actuellement un certain nombre d'articles qui considèrent surtout les indications de la méthode, l'exposé technique de la cure, la présentation de malades en traitement plutôt que des résultats personnels.

Nous citerons les articles de Fouchet parus dans le *Journal des Praticiens* et dont dernièrement l'article de Grisel in *Revue d'Orthopédie* qui met en garde les auteurs contre un enthousiasme un peu prématuré.. La méthode est en effet toute récente, il faut pour juger de sa valeur tabler sur un grand nombre de cas traités et traités depuis longtemps déjà.

INDICATIONS

La méthode l'Abbott est indiquée dans tous les cas de scoliose ancienne invétérée, dans toutes les scolioses dans lesquelles tous les traitements classiques n'ont donné aucun résultat. « Dans le troisième degré, enfin, le rachis ne peut plus être redressé; la difformité est très accentuée et définitive. La saillie dorsale du côté convexe forme une véritable gibbosité occupant quelquefois la totalité de la hauteur du thorax et présentant la forme soit d'une arête vive, soit d'une « côte de melon ». Le tronc peut se trouver ainsi déjeté à droite sur le bassin et celui-ci peut paraître surélevé à gauche, formant une saillie considérable, surmontée d'une encoche. (Mouchet) ».

Il faut tout de même distinguer plusieurs cas, car toutes les scolioses ne sont pas identiques. Il faut séparer : les scolioses que l'on peut en partie corriger à l'aide de moyens simples ou d'appareils plus ou moins complexes; les scolioses fixées qu'il est impossible de réduire et les scolioses soudées qui présentent les lésions les plus graves et opposent la résistance la plus grande à toute thérapeutique.

Nous verrons plus loin que des accidents mortels ont

pu survenir dans l'application de la méthode à certains cas, dans lesquels la soudure des corps vertébraux empêchait une correction réelle remplacée par des courbures de compensation. La courbure primitive persistant peut venir dans ce cas comprimer les viscères et produire de graves accidents.

Le professeur Abbott, depuis ces accidents, redoute ces formes avancées, en particulier les scolioses à grande difformité dont la convexité est tournée vers la gauche.

Les indications de la méthode d'Abbott ne sont pas encore posées avec précision ; aussi comme le fait remarquer Grisel, ce nouveau mode de traitement s'adresse-t-il réellement à toutes les scolioses, qu'elles soient essentielles, paralytiques, congénitales, ou encore cervico-dorsales, dorsales, lombaires ?

« Le travail initial du docteur Abbott favorise cette confusion, puisque les dix premiers cas traités comprennent deux scolioses congénitales, une rachitique, cinq professionnelles ou habituelles, deux paralytiques, qui se répartissent en six dorsales droites, deux dorsales gauches, une gauche totale, une lombaire gauche. Il n'y a pas, on le voit, de contre-indication du fait étiologique et comme il n'est pas fait mention de scolioses cervico-dorsales, on peut penser que cette fois encore cette fâcheuse localisation de la scoliose ne bénéficiera pas d'un nouveau traitement (Grisel) ».

TECHNIQUE

En quoi consiste donc la méthode d'Abbott ?

Elle repose sur les deux principes suivants (Calvé) :

1° *Les mouvements de torsion et de détorsion s'effectuent avec plus d'amplitude quand le tronc est fléchi en avant :*

2° Si, dans une scoliose, on porte *fortement en avant et en haut l'épaule* du côté opposé à la *voussure costale*, on obtient une *diminution* plus ou moins marquée, de *cette déformation*.

Il est donc nécessaire pour corriger la scoliose : de faire pencher fortement en avant le tronc de l'enfant, on réduit ainsi la rotation vertébrale ; en tirant en avant et en haut l'épaule du côté opposé à la saillie costale, et en pressant sur les côtes, on corrige cette saillie.

Il est possible d'exagérer cette correction et même, pour obtenir un résultat favorable, on doit arriver à l'hypercorrection.

Cette hypercorrection obtenue, il faut la maintenir et

le moyen le plus simple et le plus efficace est constitué par l'appareil plâtré.

L'hypercorrection obtenue, on appliquera donc un grand plâtré du tronc, s'étendant des épaules aux crêtes iliaques sur lesquelles l'appareil est moulé.

On doit laisser cet appareil environ six semaines, au bout desquelles l'hypercorrection est, en général, obtenue.

Pour conserver les résultats acquis on fait porter encore pendant quelques mois un corset amovible, semi-rigide.

Quelques mouvements de gymnastique complètent la cure.

Mais, pour pouvoir appliquer l'appareil plâtré, nécessaire pour maintenir l'hypercorrection, on comprend qu'il est utile d'avoir à sa disposition un dispositif spécial, permettant de saisir en quelque sorte cette hypercorrection.

Le professeur Abbott utilisait une table spéciale qu'il décrit dans ses premières publications. Depuis, il a jugé ce matériel comme insuffisant et il se sert actuellement d'un nouveau modèle. Il s'agit d'un grand cadre métallique constitué par des barres parallèles. Au milieu de ce cadre se trouve un hamac sur lequel est couché le malade.

Ce hamac n'est pas rectangulaire, il a la forme d'un trapèze.

Voici la description, donnée par Calvé et Lamy, de cette ingénieuse disposition :

Pour obtenir la détorsion des vertèbres, Abbott a trouvé une solution qui ne manque pas d'élégance. Il prend une étoffe souple, inextensible, sans couture et sans aspérités car elle restera sous le plâtre, dont il découpe un morceau rectangulaire, un peu moins long que l'enfant et de la

largeur de ses épaules environ. On en fait sauter tout un coin par une section à 45° passant par le côté opposé.

On obtient ainsi un trapèze rectangle dont on fixe les deux petits côtés sur deux barres situées parallèlement sur le cadre de la table orthopédique. Cette étoffe doit être solidement fixée, car c'est elle qui supportera le poids du sujet.

Les deux barres sont écartées au maximum pour tendre l'étoffe, mais, comme elles sont parallèles, seule la petite base du trapèze est tendue, la grande base reste flottante.

On couche l'enfant dans cette espèce de hamac. On place la convexité scoliotique du côté le plus court. Une sangle molle, passée sous la tête et une autre sous les fesses, maintiendront sur un même plan horizontal les extrémités du tronc.

Le poids seul du corps suffit à fléchir la colonne cervicale en avant. On accentue cette cyphose en élevant les cuisses et les jambes que l'on fixe en haut de la table par un système de courroies.

Il est alors remarquable de voir combien, dans cette position, sans aucune manœuvre de force, la courbure scoliotique a tendance à se redresser.

On sent que la colonne vertébrale se redresse, souvent même devient légèrement convexe en sens inverse de la déformation.

On fixe le bassin par des lacs passés autour des cuisses, pour qu'il ne soit pas entraîné par les tractions que supporteront les autres parties du tronc.

Si nous supposons une scoliose à convexité droite, on fixe l'épaule gauche en tirant sur elle en avant (pour accentuer la flexion et la détorsion) et un peu en dehors (pour contrebalancer les autres tractions).

L'épaule droite est, au contraire, fixée en bas et en

arrière. Il faut diminuer de longueur le côté convexe du tronc et allonger le côté concave.

Enfin, une traction puissante est opérée sur les côtes droites. Cette traction ne doit pas se borner à une simple pression d'arrière en avant : dans cette position, en effet, on obtient bien un redressement de la colonne vertébrale ; on peut même faire passer la convexité de droite à gauche, mais on n'obtient pas le terme ultime et nécessaire à la guérison définitive, qui est la détorsion. Abbott attribue quelques-uns de ses insuccès du début à l'inobservance de ce principe fondamental ».

Ce point est difficile à réaliser car les tractions très fortes sont mal supportées. Abbott attachait des poids de 25 kilogrammes et même jusqu'à 50 kilogrammes à une large bande qu'il avait préalablement enroulée autour du corps.

On comprend la douleur que de semblables tractions causaient au patient.

On peut, pour diminuer la douleur causée par cette pénible manœuvre, placer des lames de feutre superposées (Abbott).

Calvé utilise une bande fixée au bâti de la table. La traction doit être énergique.

Le malade étant ainsi placé en bonne position, on fixe la correction dans un appareil plâtré qui, en bas, se moule sur les crêtes iliaques et sur le sacrum. Le point d'appui pubien, utilisé dans le mal de Pott, doit être supprimé ici car le tronc doit pouvoir se fléchir en avant. En haut l'appareil plâtré doit repousser en haut et en avant l'épaule qui était abaissée, mais il n'est pas nécessaire de le faire remonter au-dessus des épaules.

Le plâtre, une fois sec, on coupe les lacs et on régularise les bords, en particulier au niveau du creux axillaire.

Lorsque le plâtre est bien sec, et on attendra pour cela un jour ou deux, on pratique des fenêtres. Une fenêtre très large est pratiquée au niveau de la partie du thorax qui doit devenir convexe (ouverture dans le flanc gauche pour une scoliose à convexité droite ; elle doit être largement pratiquée) s'étendant : en arrière, presque jusqu'à la ligne médiane, en bas, au dessous du bord inférieur des fausses côtes, en avant, elle s'arrêtera entre la ligne axillaire antérieure et le sternum ; en haut, elle respecte une bande de plâtre nécessaire à la solidité de l'appareil et au maintien de la correction.

Le thorax vient faire saillie au niveau de la fenêtre, à chaque mouvement respiratoire, le mouvement d'expansion de la cage thoracique viendra augmenter progressivement la correction.

Une petite fenêtre ventrale permet d'enlever les lacs qui sont inutiles et peuvent devenir une gêne ou même blesser le sujet.

En avant, on pratiquera de part et d'autre de la ligne médiane, deux ouvertures hautes et étroites. Elles permettent d'améliorer la correction grâce à une compression méthodiquement obtenue à l'aide de paquets de feutre ou d'ouate introduits par ces fenêtres.

« Pour le professeur Abbott, *cette correction par les mouvements respiratoires et la compression est au moins aussi importante, sinon plus, que celle obtenue au moment de l'application du plâtre.* »

Le plâtre terminé, le tronc doit avoir l'attitude suivante (Calvé et Lamy) :

Flexion en avant très prononcée ;

Projection en haut et en avant de l'épaule qui était abaissée ;

Déjettement en dehors très accentué des côtes primitivement déprimées ;

Triangle thoraco brachial très accentué du côté où siègeait la convexité.

Conduite à tenir après la réduction.

Le plâtre mis en place, sec et fenêtré, le sujet devra le garder six semaines.

Non seulement l'appareil ne l'empêchera pas de marcher, mais il lui est encore recommandé de se donner beaucoup de mouvement.

L'appareil après accoutumance, c'est à-dire, après deux ou trois jours est bien supporté.

Au bout de six semaines à deux mois l'appareil est enlevé et l'on remarque alors que si la correction a été bien faite, la scoliose a changé de côté.

Si la position est bonne et elle n'est satisfaisante que s'il y a hypercorrection, le traitement est simple.

On n'a plus à appliquer d'appareil plâtré, mais il est bon de faire porter un corset amovible en celluloïd qui maintiendra l'effet obtenu.

Cet appareil sera enlevé de temps en temps pour faire faire au sujet des exercices de gymnastique respiratoire. Le massage est également à conseiller.

Bientôt les muscles voient revenir leur tonicité et le corset devient inutile ; la guérison est complète.

Mais ce résultat n'est pas toujours obtenu par une seule application de la méthode et dans quelques cas, on est obligé de refaire un nouvel appareil.

Lorsqu'un auteur essaye la méthode d'Abbott il peut avoir, au début, de ces corrections insuffisantes, car il est nécessaire d'utiliser une technique des plus précises et le

moindre détail d'application peut compromettre le résultat final.

Donc, un défaut de technique peut nous obliger à refaire la correction.

Une scoliose sortie de l'appareil plâtré après traitement complet peut paraître au vulgaire complètement guérie et cependant ne pas satisfaire le praticien. C'est que, en effet, la scoliose ne doit pas être seulement corrigée, mais la colonne vertébrale, si l'on désire obtenir un résultat durable, doit être placée en hypercorrection.

Il faut, en quelque sorte, que la déviation soit passée du côté opposé.

Il ne faut absolument pas se contenter d'un résultat approximatif, mais obtenir cette hypercorrection et refaire un nouvel appareil plâtré, si la colonne est dans la rectitude.

Nous avons exposé un peu longuement cette technique ; en voici un rapide et clair résumé donné par Grisel :

« Le D^r Edville Gérard Abbott, chirurgien orthopédiste à l'Hôpital Général du Maine, après avoir étudié pendant douze ans la mécanique physiologique du rachis et les modifications qu'y apporte la scoliose, a reconnu que les déformations scoliotiques ne pouvaient être corrigées que grâce à l'immobilisation du tronc dans une position d'hypercorrection, et que cette hypercorrection n'était obtenue que dans la position de flexion forcée du tronc en avant. Cette inflexion thoracique antérieure, cette rotation vertébrale capable d'effacer la gibbosité costale pathologique et d'en déterminer une autre physiologique du côté opposé, sont réalisées au moyen d'un cadre spécial où le malade repose les membres inférieurs fortement relevés, le tronc s'enroulant de lui-même, grâce à l'inégale tension des bords d'un hamac sur lequel il

repose. L'appareil plâtré qui immobilise le malade dans cette situation nouvelle est fenêtré du côté où doit se faire l'hypercorrection et aussi du côté de la difformité primitive pour en accentuer la disparition au moyen de lames de feutre surajoutées et progressivement compressives. Dans cette attitude d'inflexion antéro-latérale, le malade reprend sa vie habituelle, afin que, suivant la loi de Julius Wolff, les vertèbres, les côtes, les ligaments du rachis, s'adaptent aux nouvelles conditions statiques qui leur sont imposées et se corrigent par là même de leurs déformations scoliotiques primitives. Après un temps variable, mais qui n'a été souvent que de deux à trois semaines, le corset plâtré est enlevé et le malade apparaît avec une scoliose d'hypercorrection, inverse de la primitive, qui s'efface progressivement, grâce aux exercices habituels de la gymnastique orthopédique et au corset de soutien en celluloid. »

RÉSULTATS

1° *Comment agit la méthode?* Tout le monde n'est pas encore d'accord sur ce point.

Pour le professeur Abbott, c'est une méthode de *correction réelle*. Pour lui la courbure a changé de côté, la méthode agit sur elle et non pas sur les points voisins de la colonne, il y a *restitutio ad integrum*.

Pour d'autres auteurs, la méthode d'Abbott agirait par *compensation*. La courbure primitive ne serait pas modifiée, mais il se formerait au dessus et au dessous d'elle des courbures nouvelles de compensation rétablissant par leurs courbes opposées la rectitude générale du rachis.

Comme le fait fort justement remarquer Calvé, un mécanisme unique ne peut être admis. Dans quelques cas, il existe des scoliozes soudées, dans lesquelles une véritable ankylose osseuse unit plusieurs vertèbres (Hoffa, Albert, Lorenz, etc.), on conçoit que de semblables lésions ne puissent être corrigées. Suivant les lésions, la méthode d'Abbott paraît donc soit donner une correction réelle, soit une compensation.

« Cette distinction ne présente pas qu'un intérêt théorique. Si, en effet, sous l'action des manœuvres violentes

que préconise le docteur Abbott, la courbure n'est que compensée, sa persistance, même en une région limitée, forme un véritable heurtoir sur lequel les organes thoraciques, en particulier le cœur, pris entr'elle et les côtes, peuvent venir s'écraser, ce qui ne se produirait pas si la correction était réelle. C'est dans ce fait qu'il faut probablement trouver l'explication des deux cas de mort que le docteur Abbott a eus dans sa pratique.

C'est également ce qui doit faire établir une limite dans l'emploi de cette méthode (Calvé) ».

Nous avons indiqué déjà que le docteur Abbott depuis ces cas malheureux redoute certaines scolioses, en particulier les scolioses à grande difformité dont la convexité est tournée vers la gauche.

2° *Résultats.* — Pour juger avec fruit une méthode thérapeutique quelconque, il faut, surtout en orthopédie, en rechercher les résultats éloignés.

Or, il s'agit ici d'une méthode de date récente. La première description du procédé d'Abbott date du 12 avril 1912. Un certain temps a été nécessaire à la diffusion de la méthode et les premiers essais n'ont été faits en général que par ceux qui ont pu assister aux applications de la méthode par son auteur lui-même en Amérique ou lors de son passage en Europe.

De plus, le traitement est lui-même assez long ce qui fait que les documents sur lesquels on pourrait se faire une opinion nette sont peu abondants.

Calvé qui a bien étudié la méthode avec le professeur Abbott et plusieurs orthopédistes américains nous avoue que la méthode a une grande valeur. Un certain nombre d'orthopédistes américains partagent sa conviction, en

particulier, MM Peckam (Providence) Fitzsimmons (Boston), Forbes (Montréal), Gaenslen (Milwaukee).

Mais Calvé ajoute : « Il est de toute nécessité de s'appuyer sur des documents précis. Les photographies ne suffisent pas ; il faut que chaque malade soit étudié avant, pendant et après le traitement à l'aide :

» 1° De radiographies prises dans plusieurs plans de façon à éviter les erreurs de projection qui, d'une ligne courbe peuvent faire une ligne droite ;

» 2° De mensurations au cyrtomètre de chaque côté du thorax ;

» 3° De l'étude de l'amplitude respiratoire de chaque poumon ;

» 4° De moulages sériés par des coupes selon un axe perpendiculaire à l'axe du corps.

» Même en s'entourant de toutes ces précautions, il faudra suivre pendant de longues années les malades traités par la méthode d'Abbott avant de se prononcer définitivement sur sa valeur réelle. »

Pour Calot, les résultats obtenus jusqu'à ce jour n'étaient pas brillants. « Mais voici qu'une ère nouvelle s'ouvre devant nous avec le professeur Abbott qui nous apporte la solution tant cherchée de ce problème thérapeutique.

» Et sa méthode, nous sommes le premier à le reconnaître, vaut mieux beaucoup mieux que la nôtre :

1° Par la *qualité* de ses résultats qui touchent à la perfection ou même l'atteignent ;

» 2° Par le temps beaucoup moindre que demande Abbott (un an au lieu de deux ou trois ans ;)

» 3° Par les détails de son traitement moins ennuyeux que le nôtre pour les malades, puisque son traitement se fait sans chloroforme, sans grand plâtre, sans obligation du repos au lit continu, les malades, avec sa méthode, sont autorisés à marcher.

» A cette méthode d'Abbott, nous avons cru dès la première heure parce que les principes sur lesquels il s'appuie sont justes et les résultats déjà obtenus par nous, ont justifié notre confiance ».

A la société de Pédiatrie (séance du 10 juin 1912) Lance faisait une présentation de six malades traités dans le service de M. Ombredanne (avec moulages, photographies, radiographies) de l'examen de ces malades, l'auteur tirait les conclusions suivantes :

1° Dans un grand nombre de scolioses fixées, la méthode d'Abbott permet, par la dérotation et le modelage des côtes, de faire disparaître la gibbosité et de créer une véritable hypercorrection (gibbosité du côté opposé) qui sera maintenue longtemps.

On ne laissera revenir le malade à la rectitude que progressivement ;

2° L'inflexion latérale de la colonne vertébrale est plus difficile à corriger et il semble que dans le cas de déformation osseuse notable elle soit imparfaitement obtenue ;

3° La correction peut se maintenir et être une guérison définitive (présentation d'un malade redressé en octobre 1912 et guéri depuis janvier 1913 ;

4° Dans le cas de difformité énorme avec effondrement complet du thorax et gibbosité à angle aigu, la méthode d'Abbott permet des améliorations considérables et rapides là où on n'obtenait auparavant aucun résultat.

Dans un article de la *Revue d'Orthopédie*, tout récent puisqu'il date du 1^{er} juillet 1913, Grisel désirerait plus de précision dans les indications de la méthode et de plus nombreux résultats. Il est difficile, en présence du petit nombre de documents actuellement publiés du peu de résultats obtenus et de leur obtention trop récente, de donner des conclusions certaines.

«... Il reste donc seulement pour nous, dit Grisel, à la base du traitement du docteur Abbott, non pas un principe, mais un fait d'observation journalière qu'enseigne depuis longtemps M. le docteur Kirmisson et qui est bien connu de tous les orthopédistes, à savoir que dans l'inflexion du tronc en avant, la courbure latérale du rachis diminue et qu'on peut alors, à côté de la gibbosité costale pathologique, par la traction du membre supérieur du côté opposé et la rotation du tronc, déterminer l'apparition d'une voussure costale opposée physiologique. Mais entre cela et l'hypercorrection de la scoliose fixée du troisième degré, il y a pour nous une bien grande distance et dans notre pratique nous ne manquons jamais de soumettre les scoliotiques à cette épreuve de l'inflexion antérieure du tronc associée à la détorsion. Si la scoliose est purement statique, il ne reste plus rien de la voussure primitive et elle se trouve uniquement du côté où il plaît de la produire ; si la scoliose est légère ou moyenne on reconnaît toujours à côté de la voussure arrondie physiologique que l'on détermine, la gibbosité costale angulaire primitive du côté opposé ; enfin, si la scoliose est fixée, on ne peut justement plus produire la rotation inverse nécessaire et la voussure costale n'apparaît pas. Ce qui persiste, même dans les cas graves, et ce qui donne à la scoliose son caractère particulier, c'est une mobilité relative de ce rachis déformé, qui peut

encore s'infléchir, s'incliner latéralement et s'étendre. Pressé par des lames de feutre vers la fenêtre du corset, le thorax peut y faire saillie par son côté répondant à la concavité de l'inflexion vertébrale primitive, grâce à une simple inflexion latérale, sans qu'il y ait nécessairement disparition de la gibbosité costale et de la rotation vertébrale de la scoliose en traitement ».

Nous trouvons ce langage très sage. Il est prématuré en présence du peu de cas traités et du peu de temps écoulé depuis leur guérison, d'affirmer que la scoliose est vaincue définitivement. En tous cas les deux morts que l'inventeur même de la méthode compte dans sa pratique ne sont pas sans venir nous émouvoir.

Nous avons indiqué que les observations publiées étaient rares en voici deux cas traités par Abbott (*in* Fouchet).

I. Jeune fille de 13 ans présentant une scoliose dorsale droite datant de la première enfance.

Pas de traitement antérieur. On applique la méthode d'Abbott : un appareil plâtré est appliqué et maintenu en place pendant deux mois.

L'hypercorrection est acquise et la scoliose dorsale droite s'est transformée en scoliose dorsale gauche.

On fait pratiquer à la jeune fille des exercices de gymnastique alternant avec le port d'un appareil amovible. Très rapidement la colonne vertébrale revient à la position normale qui se conserve.

II. Le deuxième cas concerne un homme de 34 ans, présentant depuis l'âge de 11 ans, c'est-à-dire depuis

23 ans, une scoliose dorsale droite très prononcée, avec énorme déformation costale.

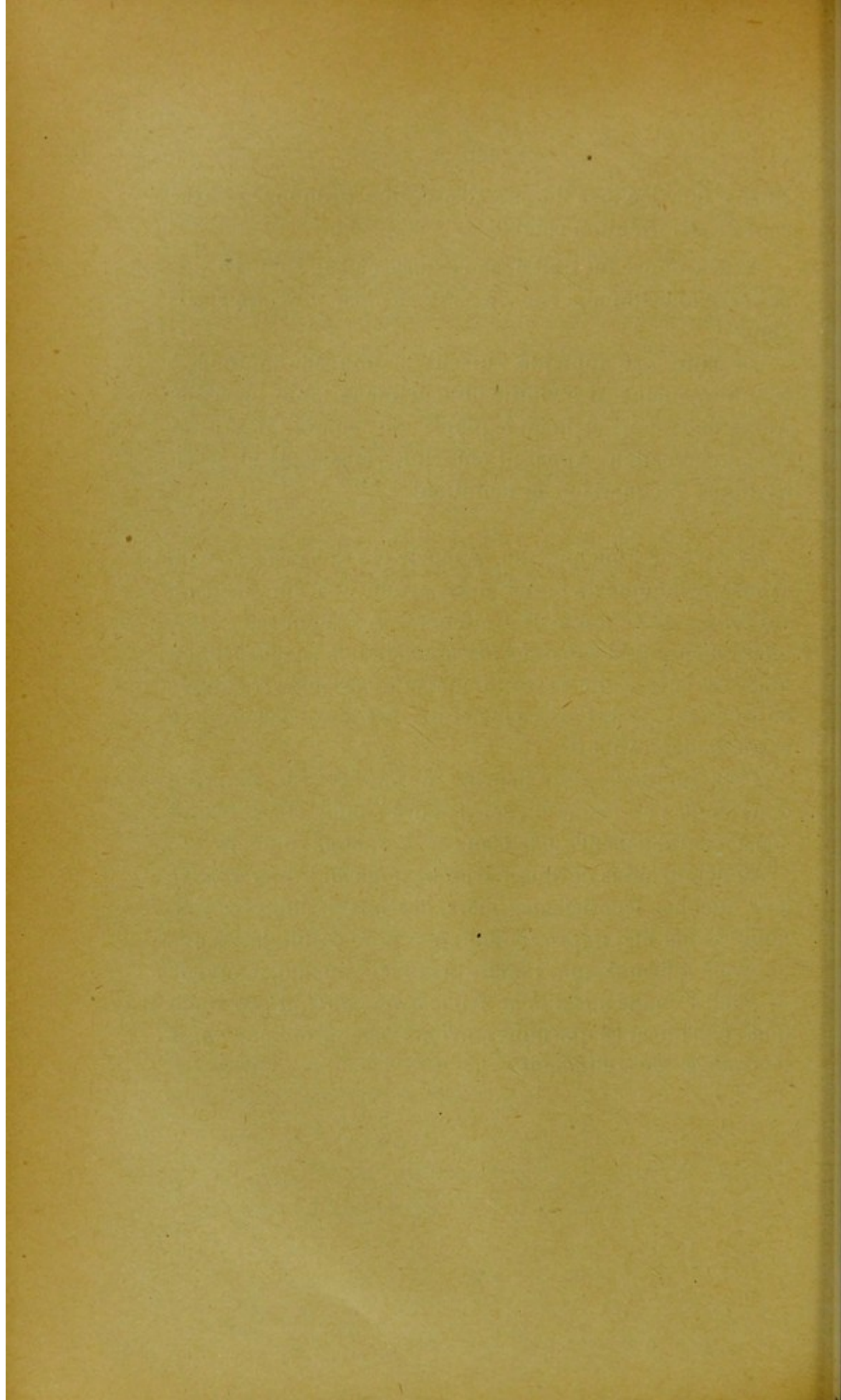
Cette scoliose fut traitée sans succès à l'âge de 15 ans par la gymnastique, et de 17 à 20 ans par des appareils plâtrés.

Un plâtre est appliqué suivant la nouvelle méthode : le redressement est à moitié obtenu sur la table spéciale. Après deux mois et demi le plâtre est enlevé, il y a de l'hypercorrection. Appareil amovible, massages et gymnastique. La guérison se maintient.

Le docteur Fouchet, qui rapporte ces deux cas avec un exposé technique de la méthode, avoue être un partisan convaincu de ce mode de traitement des scoliozes : « or, nous voici entrés dans une ère nouvelle : la scoliose, à son tour, va cesser d'être cette maladie terrible, redoutée entre toutes, et des médecins et des familles : cela grâce à la méthode d'Abbott.

Cette méthode s'est heurtée à une grande majorité d'incrédules et même de détracteurs ; mais elle a trouvé aussi d'enthousiastes partisans — dont nous sommes.

Au début, nous devons l'avouer, nous en avons essayé avec quelque scepticisme ; mais, dès nos premiers essais, nous avons été impressionné par nos résultats. Nous pouvons affirmer que, jamais jusqu'ici, aucune méthode ne nous a donné aussi bien. Nous avons obtenu, en quelques semaines, ce que nous n'avions pas pu obtenir après des années de traitement ».



CONCLUSIONS

I. — La méthode d'Abbott est destinée à redresser les scolioses graves même anciennes et fixées.

II. — « On peut dire d'une façon générale qu'elle s'adresse à tous les cas de scoliose grave, vis-à-vis desquels la gymnastique et le massage échouent complètement. C'est-à-dire qu'elle s'adresse surtout aux scolioses du 3^e degré (torsion avec voussure costale (Calvé). »

III. — Elle repose sur le principe suivant : En faisant incliner le tronc en avant, la rotation des vertèbres peut se corriger facilement en tirant en avant l'épaule du côté opposé à la saillie des côtes et en pressant fortement sur cette saillie.

IV. — On utilise pour cela un cadre métallique spécial. Le malade est placé dans ce cadre, les membres inférieurs fortement relevés. Le tronc est placé sur un hamac dont les bords sont inégalement tendus, ce qui oblige cette partie du corps à s'enrouler sur elle-même.

L'hypercorrection est ainsi obtenue.

V. — Un appareil plâtré, placé à ce moment, saisit et fixe cette hypercorrection. Cet appareil est fenêtré du côté où se trouvait la gibbosité costale pour permettre de comprimer celle-ci méthodiquement à l'aide de lames de feutre.

VI. — Le malade peut marcher avec son appareil qui lui est enlevé au bout de six semaines. A ce moment la scoliose est du côté opposé. On n'a alors qu'à faire porter un corset amovible en celluloid et à faire exécuter des mouvements de gymnastique.

VII. — Quels sont les résultats de cette méthode ?

Elle a suscité beaucoup d'enthousiasme et aussi beaucoup d'incrédulité. Ce sont les faits seuls qui nous montreront ce que vaut la méthode d'Abbott. Il faut se garder du scepticisme, ennemi de tout progrès, aussi bien que de l'enthousiasme excessif. La méthode est de date trop récente pour qu'une conclusion nette puisse se formuler. Les photographies de cas traités sont remarquables et nous incitent à étudier ce nouveau mode de traitement, mais il est nécessaire d'agir avec prudence puisque l'auteur de la méthode compte deux décès.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT. — Correction of Lateral curvature of the spine. New York. Méd. Jour., 21 janvier 1911 et 27 avril 1912.
- ASHLEY. — Abbott's method of correcting fixed lateral curvature. New York. Méd. Jour., 27 avril 1912.
- CALVÉ et LAMY. — Un nouveau traitement de la scoliose. Paris Médical, 9 novembre 1912.
- CALVÉ et LAMY. — Soc. de pédiatrie, 12 novembre 1912.
- FOUCHET. — La guérison des vieilles scolioses par la méthode du professeur Abbott. Journal des Praticiens, 22 mars 1913 et 29 mars 1913.
- P. CALOT. — La guérison des vieilles scolioses par la méthode d'Abbott. Quinzaine thérapeutique, 25 avril 1913.
- Comptes rendus du Congrès de l'Education Physique. Paris, 19 mars 1913.
- Congrès de la Société Allemande de chirurgie orthopédique. Berlin, 24 mars 1913.
- F. CALOT et PRIVAT. — La méthode d'Abbott ou le traitement des vieilles scolioses. Paris Médical, 26 avril 1913.

- CALVÉ. — De la méthode d'Abbott dans le traitement de la scoliose. *Quinzaine Thérapeutique*, 10 mai 1913
- LANCE. — Présentation de scoliozes graves traitées par la méthode d'Abbott. *Société de Pédiatrie*, 10 juin 1913.
- GRISEL. — Le redressement des scoliozes fixées par la méthode d'Abbott. *Revue d'orthopédie*, 1^{er} juillet 1913.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1913
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

*En présence des Mattres de cette Ecole, de mes chers con-
disciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure,
au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai
mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire
au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue laira les
secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et
reconnaissant envers mes Mattres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle
à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et mé-
prisé de mes confrères si j'y manque !*

