

Quelques remarques générales sur le traitement des déviations d'origine scolaire

Autor(en): **Scholder**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Jahrbuch der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege = Annales de la Société Suisse d'Hygiène Scolaire**

Band (Jahr): **2 (1901)**

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-90935>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

7. Quelques remarques générales sur le traitement des déviations d'origine scolaire

par

le Dr. Scholder,

*chef de l'Institut médico-mécanique et orthopédique
de Lausanne.*

Comme nous l'avons démontré dans un travail précédent¹⁾ les scolioses scolaires sont presque toujours des déviations dites habituelles (c'est-à-dire provenant de positions défectueuses) et peu prononcées, car elles ne dépassent guère 15 mm. Il est même douteux que les quelques scolioses qui sont plus accentuées puissent être attribuées uniquement à l'école.

En effet nous avons trouvé 24,67 % de scolioses, dont 13,43 % n'ont une déviation latérale que de 10 mm, 9,1 % de 15 mm et 2,17 % qui dépassent ce chiffre.

A. Prophylaxie des déviations scolaires.

Le traitement principal de la scoliose repose sur la prophylaxie: diminution des heures d'école et des devoirs à la maison, simplification des programmes au lieu de les charger outre mesure comme c'est le cas actuellement; mais surtout leçons de gymnastique régulières en plein air, sans appareils compliqués.

Les exercices méthodiques doivent se borner à fortifier la musculature dorsale; on laissera de côté tous les exercices d'acrobatie, de même que tous les efforts violents, si souvent pratiqués chez nous dans nos fêtes de gymnastique nationales.

Un peuple n'est pas précisément fort parce qu'il apprécie et

¹⁾ Les déviations de la colonne vertébrale dans les écoles de Lausanne, par les Drs. Scholder, Weith et Combe. Annales suisses d'hygiène scol., Zurich 1901.

encourage les athlètes qui arrivent à faire des prouesses dans les fêtes publiques, il l'est seulement alors que chacun commence à pratiquer dès l'enfance les exercices corporels pour les continuer la vie entière, afin d'être prêt, cas échéant, à défendre sa patrie. Il serait donc à désirer que le nombre des heures de gymnastique soit augmenté dans nos écoles primaires.

La leçon de gymnastique ne doit pas fatiguer l'élève, mais le stimuler tout en le reposant de son travail cérébral. On y arrivera en la plaçant à la troisième ou quatrième heure de classe. Elle doit être variée et s'adapter graduellement aux forces de l'élève. Les enfants reconnus scoliotiques devraient avoir $\frac{1}{2}$ heure d'exercice matin et soir pratiqués surtout avec le plinth suédois dont le but spécial est de fortifier la musculature dorsale et thoracique et dont l'emploi devrait être généralisé dans nos écoles. En outre il serait désirable de dispenser ces élèves pendant un certain temps de l'écriture et du dessin, et les filles, en plus, des travaux à l'aiguille. Tous ces exercices, surtout ceux du tronc, devraient être pratiqués d'une façon symétrique, c'est-à-dire également d'un côté comme de l'autre.

Il serait bon d'introduire dans les exercices des deux sexes plus de jeux en plein air et surtout d'éviter que la leçon de gymnastique ne devienne un ennui. Elle doit être au contraire un plaisir pour l'élève. Jeux de balle, natation, patinage, etc., trouveraient ici un utile emploi, et l'on ne peut qu'applaudir aux efforts faits ces dernières années pour pratiquer tous les exercices hors des salles poussiéreuses et enfermées. On évitera tous les sauts de cheval, de corde, etc., où les élèves retombent violemment sur leurs pieds; on favorisera par contre les exercices de suspension aux échelles et au reck, ainsi que les préliminaires qui n'agissent que sur les muscles thoraciques et vertébraux. Le maître surveillera les élèves, afin qu'ils pratiquent avec la même vigueur et alternativement à droite et à gauche les mouvements du tronc. Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet, notre but n'étant pas de faire ici un manuel de gymnastique.

Il serait à désirer que le médecin des écoles put examiner de temps en temps les élèves au point de vue de leur tenue.

Le banc d'école ayant été décrit longuement dans notre précédent travail, nous y renvoyons le lecteur. Nous faisons de même pour ce qui concerne l'éclairage et l'écriture.

Le port du corset devrait être supprimé pour toute élève des écoles.

B. Traitement des déviations scolaires.

a) *Examen.*

Avant tout nous devons bien spécifier que le traitement de la scoliose scolaire est le même que celui de tout autre scoliose.

Il va de soi qu'on ne commencera aucun traitement sans avoir déterminé très exactement la nature de chaque cas; si notre scoliose est dorsale, lombaire totale ou combiné, quelles sont les vertèbres atteintes, à quel degré la lésion se trouve, si elle présente de la torsion et si elle est accompagnée de courbures anormales antéropostérieures. On mesurera la longueur respective des jambes, on prendra une empreinte de la plante des pieds, vu que le pied plat unilatéral est certainement une cause de scoliose statique. On notera de plus toutes les difformités et autres caractères pathologiques comme genoux cagneux et bancals, cicatrices d'opérations, surtout aux membres inférieurs.

Nous n'entrerons pas dans d'autres détails, ce sujet ayant déjà été traité précédemment¹⁾.

Une fois la scoliose reconnue dans toutes ses particularités, le malade doit être examiné au point de vue de sa musculature, de son état général (anémie, scrofule, rachitisme) ainsi que de la symétrie de son thorax.

Ensuite on procédera à la mensuration debout et assis, puis on verra si par une flexion forte en avant ou par la suspension l'enfant corrige sa déviation totalement ou partiellement. Enfin, on ne négligera pas en terminant d'examiner les organes internes.

Ce n'est qu'après avoir déterminé la scoliose avec toutes ses manifestations secondaires et avoir relevé son graphique que l'on pourra commencer le traitement.

Je n'entrerai pas dans la description des différents appareils de mensuration inventés par Zander, Schulthess, Hübscher, Schenk, Beely-Kirchhofer, Heinecke, Mikulicz, Weil, Heather, Roberts, Roth, Gramko, Schildbach, Virchow, Barwel, Socin, Murray, etc., cela nous entraînerait beaucoup trop loin.

Le travail sur les déviations dans les écoles de Lausanne ayant

¹⁾ Loco cit.

déjà donné une description détaillée des différentes espèces de scoliose, nous en ferons également abstraction.

b) Le traitement de la scoliose dans les instituts orthopédiques.

Les orthopédistes et surtout les chirurgiens se sont toujours efforcés de maintenir dans une position corrigée une colonne vertébrale déviée et c'est pour cela que nous voyons se reproduire continuellement dans les conditions les plus variées les méthodes de redressement et de fixation. Ces méthodes utilisent tantôt le redressement normal, tantôt des appareils; dernièrement même, on a vu apparaître la méthode extrêmement violente de Calot. Pour la fixation on préconise surtout l'appareil plâtré. Certains auteurs ne se sont pas contentés d'envelopper seulement le thorax de gypse; ils ont été jusqu'à fixer la tête et les cuisses des malades dans les pansements; d'autres, plus audacieux encore, voyant qu'ils n'aboutissaient pas, ont été jusqu'à utiliser couteau et pince pour réséquer les côtes récalcitrantes.

De plus une quantité innombrable d'appareils divers de redressement et de soutien ont été inventés, parmi lesquels le corset orthopédique doit être cité en première ligne. Taylor, Vacher, Reid, Chester, Glisson, Seyre, Cocking, Hossard, Eulenburg, Nyrop, Barwel, Wolfermann, Fischer, Lorenz, Hessing, etc., etc. sont les plus importants de ces inventeurs de corsets faits soit en gypse, soit en feutre, cuir, copeaux, celluloïde, étoffe, etc.

En outre, on a employé des appareils pour corriger les déviations, les malades étant dans la position horizontale, ce sont ceux de Schreiber, Volkmann, Behring, Hueter, Rauchfuss ainsi que le lit de gypse de Vulpuis. Plus une maladie est difficile à guérir, plus elle résistera aux moyens employés et plus le nombre des méthodes de traitement augmentera. Cela est certainement le cas pour la thérapeutique de la scoliose.

La raison pour laquelle le traitement par le corset donne de si piètres résultats est d'abord: que les points d'appui pour redresser et fixer ensuite le thorax manquent presque complètement, de sorte qu'on est obligé d'aller les chercher uniquement sur la ceinture du bassin. C'est pourquoi les corsets orthopédiques, même les mieux construits, n'arrivent pas à remplir leur but. Mais alors même que nous arriverions à posséder un corset absolument bien fabriqué et adapté, nous ne parviendrions certainement pas à pouvoir assurer

une guérison à nos scoliozes si nous nous contentions de le faire porter continuellement comme on le fait d'habitude.

Et voici pourquoi :

Si nous examinons une scolioze attentivement, nous observerons régulièrement que dans les flexions en avant et de côté du patient, un segment entier de la colonne vertébrale résiste en partie à la flexion. Or les constatations anatomiques prouvent que dans ce segment les articulations des vertèbres entre elles sont plus ou moins ankylosées, c'est-à-dire que ces vertèbres permettent un mouvement très prononcé dans un certain sens et très réduit dans le sens opposé comme nous l'avons du reste décrit dans notre précédent travail. Si maintenant nous fixons cette colonne vertébrale au moyen du meilleur des corsets ou d'un appareil plâtré, si bien fait soit-il, nous favorisons et même nous augmentons dans une certaine mesure cette raideur des vertèbres atteintes. Il n'est jusqu'à présent jamais venu à l'idée de personne de guérir une articulation enraidie au moyen d'un appareil plâtré appliqué solidement et c'est pourtant de cette manière que la plupart des médecins de nos jours prétendent encore guérir cette sorte d'ankylose de la colonne vertébrale. Outre que l'on enraidit ainsi de plus en plus les articulations déjà gênées, on produit encore une atrophie des masses musculaires du dos et du thorax tout entier, phénomène absolument analogue à celui obtenu sur une extrémité longtemps soustraite au mouvement par un appareil d'immobilisation. Aussi l'on ne s'étonnera pas si en enlevant le corset orthopédique à un malade qui l'a porté pendant des années, ce dernier s'affaisse et bien loin d'observer une amélioration de son mal, on ne pourra qu'en constater l'aggravation.

Une très intéressante dissertation inaugurale du Dr. Hüsey, entreprise sous la direction et le contrôle du Dr. Schulthess, et basée sur un matériel considérable et les mensurations les plus exactes le prouve surabondamment. Ce travail démontre que le traitement exclusif par le corset, sans être accompagné et appuyé d'un traitement spécial de redressement a eu les plus fâcheux résultats.

Sur 26 malades traités de la sorte, 24 ont vu leur déformation thoracique augmenter et deux seulement n'ont pas eu d'aggravation.

D'après nos mensurations personnelles, faites de la même manière que celle de Schulthess, nous avons pu constater que tous les malades qui s'étaient considérablement améliorés par notre traitement et auxquels nous avons lors de leur départ donné un corset dans le but de fixer les résultats obtenus, ont eu plus tard une

aggravation marquée de leur mal, si bien que nous avons absolument renoncé à munir nos malades de corsets, à l'exception de cas très spéciaux, que nous mentionnerons plus loin.

L'opinion de Malgaigne, le grand chirurgien français, qui déclare n'avoir jamais vu de scoliose guérie, doit nous rendre singulièrement sceptique au sujet de la littérature de son temps concernant le traitement de la scoliose par le corset, et si Keath prétend dans ses leçons cliniques sur la scoliose (*Brit. méd. journ., march., 95*) que les corsets destinés à guérir la scoliose n'ont jamais servi qu'à enrichir les médecins qui les ordonnent et les ouvriers qui les fabriquent, c'est qu'il ne doit guère avoir eu de résultats bien brillants avec leur emploi. A la Société des sciences naturelles du 22 Sept. 1899 à Munich, le Dr. W. Schulthess a mis la question du corset à l'ordre du jour. Les opinions les plus diverses ont été émises à cette occasion, mais la question n'a pas été tranchée, au lieu de la résoudre les partisans du corset ont fait suivre la discussion d'une polémique violente dans les journaux. Le problème n'est donc de loin pas résolu et pourtant ce serait vraiment urgent que cette question soit définitivement réglée au point de vue scientifique.

De ce qui précède, devons-nous conclure simplement qu'il faut mettre définitivement de côté le corset orthopédique ou bien a-t-il encore son utilité dans le traitement de la scoliose et dans quels cas spéciaux? Nous partageons l'opinion de Schulthess et Hüsey qui disent qu'il a encore son utilité tant qu'il peut surcorriger la déviation et tant qu'il n'est porté que quelques heures par jour. Mais il doit être accompagné régulièrement chaque jour de mouvements de redressement actifs et passifs avec les machines. En outre il sera bon de compléter le traitement en fortifiant la musculature par des massages.

Le grand but du traitement sera d'assouplir les articulations dans le segment ankylosé, par contre faire adopter à chaque scoliose un corset sans réflexion et sans critique est une grande erreur. Nous ne les recommanderons avec les auteurs précités que dans les déviations douloureuses et très prononcées et chez lesquelles il s'est déjà produit des troubles respiratoires. Et même ne l'appliquerons-nous dans ces cas là que lorsque les troubles peuvent encore être corrigés.

Les contre-indications seront :

1° Les scoliozes légères et sans douleurs.

2° Les cas policliniques qui ne pourront être surveillés et suivre un traitement médico-mécanique.

3° A la fin du traitement médico-mécanique, l'application d'un corset est de même à rejeter, car dans la plupart des cas il ne réussit pas à maintenir l'amélioration, comme nous l'avons déjà mentionné; bien au contraire il contribue à augmenter la scoliose et, comme Schulthess l'a démontré, à augmenter spécialement la torsion. Nos expériences personnelles concordent absolument avec celles de Schulthess et nous ne pouvons que nous ranger à son opinion.

D'après tout ce que nous avons dit plus haut, il est évident que la thérapie de la scoliose par le corset ne pourra s'appliquer à la scoliose scolaire, car cette dernière est toujours très légère, puisqu'elle ne dépasse guère 15 mm.

D'autre part une cohorte de guérisseurs s'est formée, qui, laissant de côté le corset, prétendent corriger la scoliose, exclusivement au moyen de mouvements de gymnastique. Ils croient qu'il suffit de fortifier la musculature thoracique pour redresser le squelette. Les partisans de la gymnastique auraient une tâche par trop facile s'il ne s'agissait que de fortifier la musculature pour redresser un dos; mais ils ont en tous cas un avantage sur les partisans du corset, car ils ne nuisent au moins pas. En outre, s'ils choisissent bien leurs mouvements, ils utilisent certainement un facteur important de la médication de la scoliose, surtout dans les cas de déviation scolaire, légers et faciles à corriger. Nous ne craindrions pas de laisser entre leurs mains quelques-uns de ces cas là.

c) *La mécano-thérapie.*

Elle est à notre avis la méthode la plus rationnelle de traitement. Elle se propose les buts suivants:

- 1° Rendre de nouveau mobile le segment ankylosé de la colonne vertébrale et cela de façon à surcorriger la déviation.
- 2° Surcorriger la torsion.
- 3° Fortifier la musculature, surtout celle du dos, de façon que le patient puisse conserver de lui-même sa position normale.
- 4° Fortifier l'état général et combattre les états pathologiques, anémie, rachitisme, etc.

Pour se rendre maître des deux principaux symptômes, la torsion et la déviation latérales, il faut déjà des forces bien supérieures à celles qui peuvent être mises en jeu par des malades affaiblis.

Dans ce but, il a été construit des machines spéciales, qui, par des mouvements actifs et passifs, tendront à déraider le segment ankylosé des vertèbres. Par leur emploi, non seulement on ramène à la position normale, mais on surcorrige la déviation.

D'autres appareils seront destinés tout particulièrement à la torsion et aux déviations antéropostérieures.

Après les redressements passifs on fortifiera par des massages et des mouvements actifs la musculature, afin que le patient puisse maintenir de lui-même sa position corrigée.

Les traitements statiques et dynamiques doivent marcher de pair, car ni l'un ni l'autre ne peut à lui seul amener de résultat complet. On emploie donc des appareils pour le redressement passif (sans que le malade y prenne part volontairement) et des appareils pour le redressement actif (c'est-à-dire avec lesquels le malade doit faire les mouvements lui-même). Les premiers doivent agir au moyen d'une pression appropriée sur la courbure anormale; par ce moyen les muscles et ligaments raccourcis qui maintiennent les vertèbres entre elles dans des positions vicieuses, seront allongés, et les disques intervertébraux seront pressés davantage du côté de leur convexité et soulagés du côté de leur concavité.

Avec certains appareils cette action est encore augmentée par le fait que le malade est couché ou suspendu, ce qui soulage complètement les disques de toute pression et même les relâche, grâce au poids du corps.

La deuxième catégorie d'appareils, soit ceux pour le redressement actif, agissent en partie en fortifiant le jeu des muscles nécessaires au maintien du redressement; mais ils agissent aussi en partie passivement par des dispositions spéciales tendant à corriger une tenue anormale.

Des appareils de ce genre furent construits par Zander, Schult-hess, Lorenz, Hoffer, Beeley, Dolega, Fischer, Schede et d'autres. Nous-mêmes avons combiné pour notre institut un nouvel appareil à détorsion. Un facteur qui n'est pas à négliger est le massage et l'électrisation de la musculature dorsale.

Dans chaque cas l'état général du malade doit être pris en considération, l'anémie, le rachitisme, les lésions cardiaques et respiratoires, la scrofule, etc. exigent un traitement interne.

Les scoliozes statiques causées par le raccourcissement d'une jambe (pied plat unilatéral, opération, etc.) seront corrigées par une semelle épaisse ou un coin, tandis que les scoliozes traumatiques,

rhumatismales, empyématiques, cicatricielles, neurogène ainsi que la scoliose sciatique doivent, outre le traitement médico-mécanique, être soumises tantôt à une opération chirurgicale, tantôt à un traitement interne.

Si nous examinons les résultats de la mécanothérapie, nous ne constatons pas, il est vrai, une guérison dans chaque cas, mais les résultats seront infiniment supérieurs au traitement par le corset. En outre les malades souffrent moins ainsi, qu'avec un corset qui les gêne pour se mouvoir et respirer aussi longtemps qu'ils le portent.

Les scolioses du 1^{er} et du 2^e degré obtiennent presque toutes ou une amélioration considérable et durable ou une guérison complète.

Dans les scolioses du 3^e degré nos résultats immédiats par la machine sont très favorables dans la plupart des cas, mais on n'en peut dire autant des résultats définitifs. Nous devons dans ces cas nous contenter d'une amélioration de la tenue et d'une meilleure musculature qui permettront moins de raideur et plus d'aisance dans les mouvements. Mais comme nous ne connaissons pas jusqu'à présent de traitement plus efficace, il nous faut nous en contenter et ne pas épargner notre peine, lors même que les résultats ne seront en apparence que minimes. Nous disons en apparence, car à notre avis c'est déjà un grand gain, si dans ces cas désespérés, le traitement a pu enrayer le développement de la scoliose.

Les mensurations régulières avec des appareils de précision comme ceux de Zander, Schulthess, Schenk, Heinleth, etc. sont de toute nécessité dans un traitement consciencieux de la scoliose, car ce n'est que par ce moyen que le médecin peut savoir de quelle façon il doit instituer son traitement et si ce dernier a pu être utile.
