

tie. La peau, surtout celle du pied et de la jambe, est froide, et se cyanose au moindre abaissement de température. Toutes les grandes articulations présentent des modifications évidentes. Le pied est en équin pur ou en varus-équin ; le genou est plié à angle obtus ; il en est de même de l'articulation de la hanche. Dès que l'on essaye de rendre à ces extrémités leur position normale, les mouvements sont arrêtés par le tendon d'Achille, les fléchisseurs de la jambe et de la cuisse ; parmi ces derniers on voit et on sent le tenseur du fascia se tendre ainsi que les fibres antérieures du moyen fessier ; les muscles profonds ne donnent pas de renseignements exacts à la palpation, mais le fait est que le bassin suit les mouvements de la cuisse. Tandis que les mouvements sont limités dans un sens, les mouvements passifs peuvent être augmentés dans un autre sens. C'est ce qui s'observe surtout à la hanche. L'adduction, l'abduction et la flexion peuvent être portées très loin, et le cône d'excursion de la cuisse atteint presque une demi sphère. Il y a donc à la fois contracture et distracture. Le genou a aussi l'étendue de ses mouvements de flexion augmentés ; cela tient à la disparition des muscles de la face postérieure de la cuisse et de la jambe et les conditions sont les mêmes que sur les pièces anatomiques réduites aux ligaments. Enfin le genou présente de la mobilité latérale, et dans bien des cas, la jambe est subluxée en dehors. Il est évident que les membres de ce genre sont absolument inutilisables ; l'individu doit continuellement être couché, assis ou porté.

Quel est le mécanisme de ces déviations ? Si nous avons d'abord égard au pied-bot équin, nous pouvons d'abord éliminer toute contraction active des extenseurs, puisque par hypothèse tous les muscles sont paralysés. Si nous reconnaissons un certain degré d'élasticité aux muscles, même à ceux qui sont paralysés, nous pourrions penser que les extenseurs plantaires, formant une masse plus considérable que les extenseurs dorsaux, ont provoqué par leur élasticité le pied-bot équin. Mais, ainsi que Hueter le fait observer, il faut prendre en considération avant tout le poids de l'avant-pied. Quand nous prenons une pièce anatomique du pied sur laquelle nous avons disséqué soigneusement les ligaments, et que nous la mettons dans la même position que celle qu'elle aurait si la jambe était debout ou couchée, nous voyons que notre squelette du pied se met immédiatement dans la flexion plantaire. Comme sur un membre complètement paralysé, les muscles ne peuvent pas réagir contre le poids du pied et l'élasticité musculaire, cette flexion plantaire devient permanente et les muscles qui par cette attitude ont leurs points d'insertion rapprochés subissent avec le temps un raccourcissement trophique. Ce sont surtout les muscles de la région postérieure, d'où la résistance du tendon d'Achille.

Le poids du pied n'agit cependant pas seulement dans le sens de la flexion plantaire, mais aussi dans celui de la pronation et de l'abduction, puisqu'il agit en avant de l'axe de l'articulation tibio-tarsienne ; il existe donc toujours une légère supination et adduction, et par conséquent un varus-équin ; toutefois la pronation et l'abduction ne rencontrent que de très légers obstacles à leur accomplissement. Quand l'enfant paralysé est porté sur les bras, la jambe pend, formant angle droit avec la cuisse. Quand on met l'enfant par terre, il peut bien se maintenir à la condition de croiser les jambes, par conséquent d'avoir les genoux fléchis. Quand on veut déposer l'enfant dans son lit, c'est la pointe du pied qui touche le lit la première, puis, quand on abaisse le tronc, la jambe plie ; enfin quand l'enfant repose sur le dos, les cuisses s'abaissent, touchant le matelas par leur face externe, et les genoux restent dans une légère flexion. Par conséquent dans toutes les positions que l'on donne à l'enfant, la flexion du genou est presque permanente ; les fléchisseurs du genou subissent donc un raccourcissement trophique : il se produit une rétraction du genou en flexion. Mais dans toutes ces attitudes, la hanche est également dans la flexion continue, et il se produit à ce niveau un processus analogue.

L'expérience montre que quand une articulation est maintenue pendant quelque temps dans une certaine position, ce ne sont pas seulement les muscles, mais aussi les aponévroses et tendons du côté de la flexion qui se rétractent, de sorte que la déviation augmente avec le temps. Enfin quand la contracture est ancienne, les os et les articulations se modifient également. Au niveau où les surfaces cessent d'être en contact, les cartilages disparaissent ; là où de nouvelles surfaces viennent au contact les unes des autres, il se forme un nouveau cartilage. Les os subissent donc des modifications dans leurs formes, et les surfaces articulaires dans leurs rapports. Tout l'appareil locomoteur est ainsi transformé. Le ballotement du genou semble être dû à ce que la jambe fléchie, capable de rotation et pendante, distend les ligaments par son poids ; la subluxation peut être expliquée ici par les mêmes conditions que la subluxation dite pathologique. La distracture de la hanche est due probablement à ce que le membre pendant distend par son poids les muscles d'abord, et la capsule ensuite. Car le cône d'excursion d'une hanche appartenant à un membre paralysé est plus étendu que celui d'une préparation ligamenteuse de l'articulation coxo-fémorale normale ; il faut donc que non seulement les muscles, mais aussi les ligaments aient perdu de leur résistance.

**Traitement.** — La thérapeutique n'est cependant pas impuissante