

médico-pédagogiques qui, en développant l'intelligence, favorisent indirectement les fonctions motrices.

En général, tous les auteurs sont d'accord pour repousser l'application de tout appareil pendant la phase de contracture. Cependant Vincent¹ (de Lyon) ne craint pas, après avoir constaté, par l'examen sous le chloroforme, l'absence de toute rétraction, d'immobiliser le membre dans un appareil plâtré pendant plusieurs semaines. On le remplace ultérieurement par un tuteur orthopédique. C'est là une pratique très discutable, car la lutte contre la contracture au moyen de résistances mécaniques est très douloureuse, et souvent l'enfant marche mieux sur le bout des orteils libres que sur la plante maintenue au contact du sol (Fochier²).

2^o Traitement de la rétraction.

Quelques auteurs, Gowers, Simpson, sont partisans de l'abstention. Stromeyer n'agit pas avant d'avoir constaté une amélioration spontanée, sans doute avec la pensée que seuls sont curables les malades chez lesquels l'évolution spontanée est favorable.

La plupart des auteurs sont disposés au contraire à intervenir. Little a eu le premier succès opératoire consécutif à une section du tendon d'Achille. Depuis, Rupprecht³ a sectionné le tendon d'Achille, les tendons adducteurs. Adams a fait la section du tendon d'Achille. Lorenz⁴ rapporte un cas de contracture prononcée des muscles fléchisseurs du creux poplité et de la plante du pied, se traduisant par une flexion permanente des deux genoux avec équinisme marqué. En une séance, il pratiqua la section ou l'excision de dix tendons. A la suite, le malade marchait et restait plusieurs heures sur ses jambes.

Vincent⁵ a exposé un traitement systématique de la maladie

1. VINCENT. — *Rev. d'orthop.*, 1896. La Bonnardière.

2. FOCHIER. — *Communication orale.*

3. RUPPRECHT. — *Volkman's Sammlung klin. Vorles.*, 1881.

4. LORENZ. — *In. clin. Rundschau*, 1891.

5. VINCENT. — *Loc. cit.*

de Little. Si l'anesthésie chloroformique révèle la rétraction des tendons, il conseille la ténotomie du tendon simple ou multiple suivie d'immobilisation et de massage. Il pratique la ténotomie du tendon d'Achille, et parfois des tendons des demi-tendineux, demi-membraneux et du biceps. Enfin, il provoque la rupture des muscles adducteurs de la cuisse par des coups violents portés avec le bord cubital de la main. L'écart entre les deux bouts du tendon sectionné ne doit pas être trop grand au début, car le raccord se ferait difficilement dans la suite. Il ne faut pas s'inquiéter, si la section ne permet pas de placer le pied en position normale. On peut laisser subsister un certain degré d'équinisme, à condition d'immobiliser le membre dans une gouttière plâtrée, moulée, remontant jusqu'au bassin. Le pied sera placé dans une position rappelant autant que possible l'angle droit avec la jambe, la jambe sera étendue sur la cuisse, enfin une planchette de bois transversale placée entre les deux pieds assurera l'écartement des deux membres inférieurs. L'immobilisation doit durer trente à quarante jours.

Après l'ablation de l'appareil plâtré, les membres sont engourdis, douloureux à chaque mouvement; le pied est parfois en flexion incomplète, la plante creusée, ridée, ne reposant sur le sol que par une faible surface.

C'est à ce moment que d'autres procédés entrent en jeu. La raideur est combattue par le massage, l'électricité et l'exercice. Pour obtenir les mouvements nécessaires à la station et à la marche, on applique deux tuteurs de jambe articulés, fixés sur une ceinture pelvienne et présentant des vis d'enraidissement qu'on fait jouer à volonté. La ceinture pelvienne supporte de chaque côté un béquillon à crossettes sous-axillaires. Sur les béquillons se fixent deux plaques en tissu élastique, l'une dorsale, l'autre pectoro-abdominale. Dans certains cas, on ajoute au niveau de la hanche deux vis abductrices. La nuit, on applique un compas en losange d'écartement.

Au début, le malade doit essayer de se tenir debout, soutenu par un aide, des béquilles, ou le chariot à roulettes et à

béquilles montant et descendant à volonté. Les premiers jours on ne donne aucune mobilité au genou et au cou-de-pied, la hanche seule est libre.

S'il y a de la projection du corps en avant, mieux vaut enraidir la hanche et libérer les genoux. Peu à peu, le déraïssement se fait, les pieds s'aplatissent, le bord interne s'abaisse, les genoux fonctionnent. L'enfant doit garder l'appareil orthopédique jusqu'à ce qu'il marche sans appui.

Pendant toute la durée de ce traitement, l'enfant est soumis à la médication bromurée et iodurée.

Les résultats obtenus sont : 1° une amélioration immédiate au point de vue de la motricité; des enfants arrivés à l'hôpital sans pouvoir se tenir debout, ni faire un pas, sont capables, après quelques semaines de traitement, de se tenir debout et de marcher à l'aide d'un appareil; 2° une amélioration progressive et rapide de la marche après la sortie de l'hôpital; 3° un retentissement favorable sur l'état général et le développement intellectuel de l'enfant.

Ces résultats auraient été durables, chez plusieurs enfants suivis après la sortie de l'hôpital. — Delcroix¹ a obtenu deux succès en suivant le traitement systématique de Vincent. Lorentz² a rapporté plusieurs exemples favorables par la ténotomie et la myotonie, sans avoir eu recours à un appareil. Ce serait là un grand progrès réalisé sur la méthode de Vincent, car elle dispense de beaucoup de manœuvres. Lorentz, pour lutter contre la contracture des adducteurs de la cuisse, fait l'excision bilatérale des nerfs obturateurs. Ajoutons que dans les cas de rétraction musculaire, il existe souvent des épaisissements, des adhérences péri-articulaires. Terrillon conseille de rompre celles-ci pendant l'anesthésie chloroformique.

En résumé, le traitement de la rigidité spasmodique diffère suivant qu'il s'agit de rigidité simple ou de rétraction. Tant que la première subsiste, il ne faut avoir recours ni aux appareils orthopédiques, ni aux ténotomies, car la section tendi-

1. DELCROIX. — *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1897.

2. LORENTZ. — *Soc. des méd. de Vienne*, 1897.

neuse entraînerait un écart considérable des deux bouts et une impotence définitive. Pendant cette période, s'abstenir de courants forts, de strychnine, employer le *bromure*, les bains chauds, le massage, les mouvements méthodiques, en essayant de développer les muscles les plus faibles, comme les abducteurs et les fléchisseurs du pied par des mouvements appropriés.

La période de contracture achevée, la rétraction ayant paru, le sujet est à peu près guéri, bien qu'en apparence, les déformations persistent plus irréductibles que pendant la période morbide. C'est à ce moment que doivent intervenir les violences, sections tendineuses, musculaires, ruptures musculaires, ruptures des adhérences, mouvements communiqués pour assouplir les jointures, et, suivant les cas, appareils inamovibles après les sections, appareils orthopédiques facilitant les premières tentatives de marches ou exercices musculaires sans appareils. Le traitement chirurgical est donc appelé à rendre des services considérables, non seulement aux membres rigides, mais indirectement à tout l'organisme qu'il soustrait en quelque sorte à la vie purement végétative. Mais il est bien entendu qu'il ne s'applique qu'à une période très spéciale de la maladie.

La maladie de Little ne se borne pas à provoquer la rigidité des membres inférieurs. Elle frappe parfois les membres supérieurs. On soumettra ceux-ci au même traitement.

Outre la rigidité, cette affection s'accompagne de symptômes variés, troubles intellectuels, chorée, athétose, plus rarement épilepsie. Nous avons déjà indiqué, à l'occasion de l'hémiplégie spasmodique, le traitement de ces différents états, et il n'y a pas lieu d'y revenir.