

mités articulaires. Verneuil, cité par Ricard, fit l'ostéotomie; Terrier (1) régularisa la méthode proposée par Barette et fit la résection cunéiforme dorsale, avec ablation du durillon et de sa bourse séreuse. Si la déviation est très marquée et compliquée de suppuration articulaire, de déformation de l'orteil, autant enlever celui-ci. Marc Sée fait l'ostéotomie sur le corps de la phalange de façon à laisser à l'articulation toute sa mobilité au lieu de la voir se souder après la résection. M. Berger fait porter la résection seulement sur la 2^e phalange, après incision longitudinale des téguments. La résection cunéiforme nous a donné souvent d'excellents résultats (2).

DIFFORMITÉS SPASMODIQUES OU PARALYTIQUES.

Nous étudierons successivement : 1^o les *difformités consécutives à la maladie de Little*; 2^o les *difformités consécutives à la rigidité spasmodique, au tabes spasmodique, à l'hémiplégie cérébrale infantile double*; 3^o les *difformités consécutives aux myélites*; 4^o les *difformités consécutives à la paralysie infantile massive*; viendra ensuite le *traitement mécano-thérapique et orthopédique des hémiplégiques*.

I. Difformités consécutives à la maladie de Little. — Le syndrome de Little est une rigidité spasmodique des muscles atteignant surtout les membres inférieurs ou les quatre membres avec prédominance aux membres inférieurs (3). Elle est d'origine congénitale ou développée dans les premières années de la vie et susceptible d'amélioration.

Le **symptôme** dominant, c'est donc la contracture. Elle est généralisée ou partielle, c'est-à-dire localisée aux membres inférieurs surtout, où elle frappe tout particulièrement les muscles fléchisseurs et adducteurs.

De cette contracture résulte un équinisme simple ou compliqué de varus ou de valgus. Les jambes sont fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, elles sont en adduction forcée et en rotation interne avec un entre-croisement presque caractéristique. Il faut noter en outre fréquemment de la cyphose, du strabisme et des troubles du langage articulé, etc.

(1) Voy. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, 1888 et 1893.

(2) a. *Orteil à ressort.* — Il a été signalé pour le gros orteil par Salardi (*Archivio di Ortopedia*, 1885, p. 177) et Walther. Son histoire est la même que celle du doigt à ressort. Voy. aussi PARONA, *Articulations à ressort (Boll. delle sc. med. di Bologna*, 1896).

b. *Ankylose métacarpo-phalangienne.* — Nous l'avons observée au niveau du gros orteil. C'était un reliquat d'arthrite blennorragique. On conçoit combien la marche était gênée. Le malade ne voulut pas accepter la résection dont M. Delorme a précisé les indications (*Gazette des hôp.*, 26 avril 1892). Pour les lésions des ongles, onyxis, exostoses sous-unguëales, etc., voy. *Traité de chirurgie clinique*, t. II. Signalons simplement l'arthrite métatarso-phalangienne chez les gouteux et sa complication fistuleuse entretenue par les tophi.

(3) Les synonymes sont nombreux : tabes dorsal spasmodique (Charcot), rigidité spasmodique congénitale (Marfan), paralysie spinale spasmodique de l'enfance, paralysie spasmodique cérébrale, diplégie cérébrale, etc.

Les réflexes sont exagérés, réflexes tendineux du tendon rotulien et du tendon d'Achille, réflexe du gros orteil (signe de Babinski). La trépidation épileptoïde est un signe constant.

La paralysie, l'atrophie musculaire, les troubles sphinctériens (sphincter de la vessie), l'hypothermie sont fréquents.

Les troubles intellectuels sont nuls (forme spinale) ou assez marqués (forme cérébro-spinale), et ils varient depuis le simple retard intellectuel jusqu'à l'idiotie complète.

L'athétose, les convulsions sont assez fréquentes. La caractéristique de la maladie réside surtout dans les difformités qu'elle occasionne. La raideur du tronc et des membres est plus ou moins accentuée. Le corps peut former toute une tige rigide que l'on déplace d'une seule pièce. Les coudes sont à angle droit et serrés contre le corps, les avant-bras et les mains demi-fléchies, les doigts repliés dans la paume de la main, le pouce parfois en abduction. La main bote est fréquente.

Les membres inférieurs, où la raideur existe toujours avec une prédominance marquée, ont une attitude typique. Les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin et fortement accolées en rotation interne; les genoux frottent l'un contre l'autre. Les jambes sont un peu fléchies et entre-croisées. L'équinisme est la règle, très souvent associé au varus. La rotation interne du pied et le pied creux sont aussi fréquents. Les orteils sont en flexion forcée.

Les mouvements spontanés sont maladroits, ataxiques. Le malade étant assis, se tient la tête fléchie sur la poitrine et enfoncée dans les épaules. La station debout peut être impossible à cause de l'équinisme et de l'entre-croisement des jambes. Quand l'enfant peut marcher, c'est soutenu sous les aisselles, il marche sur la pointe des pieds; il progresse en se balançant; il ne peut faire une volte-face; notons encore l'ensellure lombaire et la contracture des pelvi-trochantériens.

Certaines formes très limitées de la paralysie spasmodique siègent uniquement au niveau du pied; c'est un pied bot équin qui passe souvent inaperçu à la naissance par suite d'un examen insuffisant; peu à peu cet équin se transforme en équin varus irréductible.

Les lésions cérébrales sont de natures diverses et l'on note des porencéphalies vraies, pseudo-porencéphalies, méningo-encéphalite, anomalies des circonvolutions, hémorragies méningées, le mauvais développement du cordon pyramidal.

Ces différentes lésions sont provoquées par un accouchement avant terme et laborieux, par des infections et des intoxications fœtales et maternelles diverses.

La maladie de Little se présente sous des formes très diverses. La plus bénigne se réduit à la simple contracture des membres inférieurs, sans paralysie, ni athétose, ni chorée, et surtout sans phénomènes cérébraux; elle tend à la régression et la guérison est possible. C'est la variété que Little appelle *spinale* et à laquelle quelques auteurs

réservent le nom de maladie de Little. Par contre, la forme cérébro-spinale de Little avec ses généralisations et ses complications de paralysie, de troubles intellectuels, est choréo-athétosique, elle est peu susceptible d'amélioration. Elle laisse l'enfant dans un état d'idiotie complète et dans l'impossibilité absolue de se servir de ses membres. Entre ces deux extrêmes, il existe tous les intermédiaires. Ce qui est curieux, c'est que souvent la rigidité tend à disparaître de haut en bas, quand elle tend à s'améliorer; il n'en est pas toujours ainsi cependant (Déjerine) (1).

Nous renvoyons au *Traité de médecine* de Brouardel pour le *diagnostic* avec l'hémiplégie spasmodique commune, la sclérose en plaques, la maladie de Thomsen, la paralysie spasmodique familiale, la maladie de Friedreich, les compressions médullaires, les myélites transverses, la chorée, l'athétose, les états spasmodiques réflexes, la rigidité spasmodique hystérique, etc.

Traitement. — Le *traitement médical* est peu efficace. En général, c'est le traitement spécifique si on soupçonne l'hérédosyphilis, ou encore le bromure de potassium pour calmer l'éréthisme nerveux [Alfred Fournier, Gilles de la Tourette (2)]. Bourneville a recommandé le traitement médico-pédagogique.

Traitement chirurgical et orthopédique. — On employa tout d'abord des appareils orthopédiques (Andry) et des exercices gymnastiques (Little).

Puis vinrent les traitements sanglants et surtout la ténotomie des adducteurs, du triceps [Little, Adams, de Saint-Germain, Bradford, Rupprecht, Terrillon, Redard, Hoffa, Lorenz, Lebrun (3), Vincent (4), Girard, Kitz, Nové-Josserand (5), etc.]. Eulenburg essaie les transplantations tendineuses déjà pratiquées pour les déformations par paralysie infantile. Ollier fait l'astragalectomie pour remédier à l'équinisme du pied.

OPÉRATIONS SANGLANTES PORTANT SUR LES TENDONS, LES MUSCLES, LES NERFS. — En somme, il faut rectifier les attitudes vicieuses consécutives aux contractures et ces attitudes sont les suivantes :

A. *Membre inférieur.* — a. Adduction des cuisses pouvant aller jusqu'à l'entre-croisement.

b. Contracture des fléchisseurs. Elle est, en général, très légère; elle ne provoque pas la flexion du tronc.

c. Contracture des abducteurs de la cuisse. Elle est très rare.

d. Genu valgum par contracture du triceps fémoral.

(1) DÉJERINE, in thèse AMIEUX, Affections spasmo-paralytiques datant de l'enfance, thèse Paris, 1899.

(2) GILLES DE LA TOURETTE, Pathogénie et traitement des pieds bots (*Semaine méd.*, 29 décembre 1896).

(3) LEBRUN, *Rev. des mal. de l'enfance*, 1898.

(4) VOY. LA BONNARDIÈRE, *Rev. orthopéd.*, 1896, n° 6.

(5) OLLIER et NOVÉ-JOSSERAND, in thèse POPOFF, Lyon, 1899.

e. Déviations du pied en équin direct ou en équin valgus.

B. *Membre supérieur.* — Ce sont ici des attitudes de flexion, surtout flexion forcée de la main, de l'avant-bras, contracture des muscles de l'épaule; elles sont, en général, bien moins marquées et plus faciles à rectifier que les attitudes vicieuses du membre inférieur.

Ces différentes contractures musculaires se compliquent de déformations osseuses, de rétractions fibreuses, aponévrotiques et tendineuses.

Charcot, Gowers et Gilles de la Tourette conseillaient d'attendre que la contracture ait disparu et de faire suivre le traitement médical bromuré ou ioduré. Avec Redard (1) nous pensons qu'on doit agir de bonne heure. On fera l'éducation méthodique des membres inférieurs en se servant des différents chariots orthopédiques comme adjuvant pour la marche.

Pour corriger l'équinisme du pied, la ténotomie du tendon d'Achille, l'aponévrotomie plantaire, sont indiquées. Lorenz conseille de placer ensuite le pied en hypercorrection. L'astragalectomie sera faite si elle est nécessaire (Ollier).

Pour corriger la flexion du genou, la ténotomie du tendon de la patte d'oie se fait à ciel ouvert près de son insertion. Il en est de même pour le tendon du biceps; le tendon devra être sectionné sur une longueur de 2 à 3 centimètres.

Pour lutter contre l'adduction, on sectionnera les muscles adducteurs près de leur insertion supérieure et à ciel ouvert. La section du nerf obturateur aurait donné de bons résultats à Lorenz et à Chipault.

La *transplantation tendineuse* a été faite par Sonnenburg sur le conseil d'Eulenburg pour corriger un varus équin. Il sutura un fragment du tendon d'Achille ou tendons des péroniers. La déviation fut corrigée en grande partie. Wallenstein et Cadivilla (2), en 1899, fit cette opération avec un succès thérapeutique notable.

Étant données les lésions crâniennes observées (microcéphalie, asymétrie, aplatissement, dépression), des interventions crâniennes ont été tentées par Spiller, Brillard, etc; elles n'ont rien donné, car on se trouve en présence de lésions corticales multiples encore incomplètement définies et auxquelles le chirurgien ne peut remédier.

Le *redressement forcé*, voilà le traitement de bien des déviations consécutives à la maladie de Little; il pourrait peut-être suffire s'il était très précoce. Après chaque séance, on maintient le résultat par l'application d'un appareil plâtré.

Quand le redressement est suffisant, il faudra masser les muscles, les électriser, mobiliser les articulations. Il faut provoquer des mou-

(1) REDARD et BEZANÇON, *Congrès de chirurgie*, 1898, et in thèse Roux, Paris, 1899.

(2) CADIVILLA, *Archivio di Ortopedia*, 1900, p. 41.

vements d'extension et d'abduction de la cuisse, masser l'articulation du genou et celle du pied.

Pour favoriser la marche, le sujet sera muni d'appareils ambulatoires, chariots à béquille; chaussures, appareils orthopédiques pour lutter contre la flexion, l'adduction, la rotation des membres inférieurs [Marfan (1), Eug. Vincent (2), Lebrun (3)], et « rééduquer » les muscles. L'électrisation sera très modérée afin de ne pas faire disparaître la contracture. Grepinet (4) même la rejette complètement. C'est une question de patience de la part du chirurgien, des parents et du malade. Malheureusement l'état intellectuel de celui-ci est parfois très diminué; quand il est presque nul, on est tenté de renoncer à tout traitement orthopédique (5).

II. Difformités consécutives: 1° à la *rigidité spasmodique*; 2° au *tabes spasmodique*; 3° à l'*hémiplegie cérébrale infantile double*. — Ce sont des contractures en flexion, en extension, qui ont beaucoup de points de contact avec les difformités de la maladie de Little. D'une manière générale, le traitement sera donc le même; ses résultats sont assez incertains, car les différentes maladies spasmodiques n'ont pas, comme la maladie de Little, une faible tendance à l'amélioration spontanée.

III. Difformités consécutives aux myélites (*tabes dorsalis et syringomyélie*, etc.). — Ce sont surtout des relâchements articulaires que l'on observe: cubitus lusus en dedans ou en dehors, relâchement de l'articulation de l'épaule, flexion exagérée de la hanche; genu recurvatum, en valgus ou varus, pied valgus, hallux valgus, etc.

On essaiera, comme palliatif, le redressement forcé, les appareils orthopédiques. On pourra ensuite, en cas d'insuffisance, tenter les ténotomies, les myotomies, l'arthrodèse, exceptionnellement la résection ou l'amputation (J. Wolff, Czerny, Sokoloff) (voy. t. III, art. *Arthropathies nerveuses*).

IV. Difformités des membres à la suite de paralysie infantile massive. — Quand la paralysie siège et reste permanente sur tout un membre, celui-ci devient un vrai membre de polichinelle.

(1) MARFAN, in *France médicale*, 13 septembre 1895.

(2) VINCENT, in thèse de LA BONNARDIÈRE, Lyon, 1896.

(3) LEBRUN, in *Congrès de chirurgie*, 1897.

(4) GREPINET, *Maladie de Little*, thèse Paris, 1899.

(5) Nous renvoyons au *Traité de médecine* de Brouardel pour les *difformités par contracture hystérique*: constriction de la mâchoire, scoliose, coxalgie, pied bot, gonalgie, etc. Ce sont des difformités transitoires comportant un traitement tout d'abord surtout psychique, quoique à la longue des lésions articulaires et des rétractions fibro-tendineuses (Charcot) puissent survenir, comme nous l'avons constaté pour un pied bot varus équin hystérique. Charcot et Terrillon ont insisté sur le traitement de ces rétractions fibro-tendineuses au cours des contractures spasmodiques hystériques (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. I).

Si les extenseurs et les fléchisseurs sont également paralysés, les articulations restent mobiles. D'une manière générale on recommandera tout d'abord d'essayer les grands appareils orthopédiques.

L'arthrodèse peut-elle améliorer l'état du malade dans ces cas de paralysie massive de tout un membre? Nous avons disséqué tout un membre inférieur ayant été atteint autrefois de paralysie infantile, il n'y avait plus de muscle, toutes les parties molles étaient représentées par de la graisse, l'os était peu épais, mais très résistant. Or, malgré ces lésions, grâce à l'arthrodèse, le membre devient un bon pilon, car il faut noter avec Bothezat que sur les 110 cas d'arthrodèse publiés jusque maintenant, il y en a 103 pour le membre inférieur.

a. La *luxation paralytique de l'épaule* est souvent considérée comme une luxation congénitale, les mouvements articulaires de l'épaule sont incomplets, irréguliers, sans précision, le bras est ballant ou en adduction; la paralysie est disséminée sans ordre ou totale, elle est due à une lésion de la moelle, le faisceau supérieur du trapèze innervé par le spinal est conservé (Kirmisson) ou bien la paralysie correspond à la distribution du circonflexe du radial, etc., ce qui indique une elongation ou une rupture du plexus brachial (1). Elle porte le plus souvent sur les muscles suspenseurs et rotateurs de l'épaule.

Le traitement comporte l'électrisation des muscles; le port d'appareils orthopédiques. L'arthrodèse a été tentée par Albert, Schüller, Heinecke, Karewski (2). Julius Wolff (3) avait recherché l'ankylose par une arthrorraphie qui donna une amélioration. Bothezat (*Presse médicale*, 1901) fait remarquer avec raison que l'arthrodèse scapulo-humérale n'est indiquée que si les muscles de l'omoplate, du coude, de la main sont en grande partie intacts. Schussler et Frœlich (4) préfèrent les appareils orthopédiques.

b. Les *luxations paralytiques du coude* et du *poignet* sont rares et l'articulation reste rarement ballante, elle se fixe en une position donnée. Karewski a recommandé pour ces cas l'arthrodèse (5).

c. A la *hanche*, du fait de la paralysie des muscles antéro-internes, les muscles entraînent le membre en déviation externe et en légère abduction et flexion, la tête fémorale fait en avant une légère saillie, dans le triangle de Scarpa; la hanche est un peu ballante. C'est « la *hanche bote ou coxo-bot* » de Lannelongue (6) (de Bordeaux). Le pied

(1) VOY. DUVAL et GUILLAIN, *Paralysies radicales*, 1901.

(2) KAREWSKI, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1895, p. 38.

(3) JULIUS WOLFF, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1886 et 1889. Arthrorraphie par chondrectomie, capsulectomie et suture huméro-glénoïdienne.

(4) FRÖELICH, *Épaule ballante* (*Revue des maladies de l'enfance*, février 1899).

(5) Pour le coude il conseille des incisions latérales longitudinales, externe et interne. Dans un cas, Montaz (de Grenoble) tailla en pointe l'extrémité inférieure à l'humérus et il s'enclava dans une excavation du cubitus (*Congrès de chirurgie*, Paris, 1892).

(6) LANNELONGUE (de Bordeaux) et PIÉCHAUD, *Congrès de chirurgie*, 1892.

se met par compensation en varus équin, la jambe est en flexion, tout le membre est atrophié. Le traitement orthopédique non sanglant de la hanche bote est souvent insuffisant, il faut inciser à ciel ouvert les muscles rétractés et les aponévroses pour que le membre soit replacé en rectitude parfaite. Des massages consécutifs, l'électrisation, et un soulier à semelle épaisse suppléeront au raccourcissement des os atrophiés (Voy. plus haut, p. 1053).

L'arthrodèse pour hanche ballante a été faite par Karewski. Si le psoas est intact, ce qui est assez fréquent, Ross conseille l'arthrodèse simultanée de la hanche, du genou et du cou-de-pied. Delanglade fit en outre plusieurs anastomoses tendineuses outre une ostéotomie sous-trochantérienne, et son malade put marcher un peu (*Soc. de chirurgie*, nov. 1899).

d. Le *genou paralytique*, valgum ou varum ou recurvatum, peut être traité soit par des appareils orthopédiques, soit par l'arthrodèse; celle-ci a donné ici de bons résultats. L'ankylose même bilatérale diminue l'infirmité du malade (Albert, Petersen, Bruns, Piechaud, etc.) (Voy. plus haut p. 1111).

e. Le *pied paralytique* ballant a déjà été étudié précédemment (p. 1136) (1).

TRAITEMENT MÉCANOTHÉRAPIQUE ET ORTHOPÉDIQUE DES HÉMIPLÉGIQUES.

— Tout dernièrement Konindjy (2) a présenté une intéressante étude d'ensemble sur ce traitement, il a fortement recommandé la rééducation des mouvements, l'électrisation, le massage (3).

(1) Nous venons d'observer un cas de paralysie infantile restée complète et siégeant sur les deux membres inférieurs. Il y avait en outre une scoliose lombaire très accentuée. L'enfant, un véritable cul-de-jatte, se trainait péniblement et soulevait légèrement la cuisse par l'intermédiaire du psoas iliaque. Il eût fallu faire de chaque côté l'arthrodèse de la hanche, du genou et du pied. L'amputation du membre conseillée pour ces cas par Forest-Villard, par César dans sa thèse (Lyon, 1894), n'est évidemment qu'un pis-aller. Pour les lésions ostéo-articulaires consécutives aux paralysies, voy. GAULEJAC, *Gaz. des hôpitaux*, janv. 1901.

(2) KONINDJY, *Arch. de neurologie*, novembre 1900.

(3) C'est à Todd que revient le mérite d'avoir montré la nécessité d'un système régulier d'exercices chez les hémiplegiques. Raymond, Gilles de la Tourette, Pierre Marie ont montré l'importance d'une gymnastique rationnelle, du massage méthodique, de la rééducation des mouvements et de la mécano-thérapie compensatrice. L'hémiplegique doit être massé; on commencera par l'effleurage, puis le pétrissage, en ayant soin d'insister sur les muscles atrophiés et de passer légèrement sur les muscles contracturés. Outre son action trophique sur les muscles, le massage a l'avantage de s'opposer à la propagation de l'œdème, d'assouplir les articulations. Zabloudowsky (de Berlin) conseille de masser les nerfs pendant deux ou trois minutes; il frappe le nerf lésé avec la main fermée d'une façon rythmique, en allant de la périphérie au centre, puis le nerf est massé à pleine main.

La rééducation est, dans l'hémiplegie, aussi importante que dans l'ataxie, on apprendra au malade à se lever sur son séant, à descendre de son lit; comme l'ataxique, l'hémiplegique jouit des éléments indispensables au mouvement, la force musculaire et la mobilité articulaire; on persuadera les malades de la possibilité de l'exécution de certains mouvements, en les mettant à l'abri de tout acci-

Les améliorations sont évidentes, au bout d'un temps très long (1).

dent. La rééducation de la marche se fera à l'aide de la béquille, puis de la canne béquille. Pour faire exécuter les mouvements de flexion des membres inférieurs, on peut se servir de petits bancs de différentes hauteurs; les exercices de flexion et d'extension de la jambe paralysée peuvent se faire au moyen d'un appareil à traction à double poulie. Pour la station debout et la marche, on peut se servir de la chaise roulante de Leyden et Jacob, employée chez les ataxiques. Aux membres supérieurs, la rééducation est plus délicate, on fera exécuter au malade des mouvements actifs progressifs et employer comme adjuvant les appareils à traction à caoutchouc, les roues pour la supination, la circumduction, les haltères.

Ce traitement nécessite de la ténacité, il ne doit pas être retardé trop longtemps après l'ictus, il doit être précoce. Il permet d'éviter ou tout au moins de diminuer les contractures. Le traitement interne sera institué suivant les principes de l'École de la Salpêtrière: iodure de potassium à petites doses, soit seul, soit mélangé au bromure (Konindjy).

(1) *De la marche en attitude très anormale.* — Les malformations soit congénitales (absence ou atrophie partielle ou massive du ou des membres inférieurs), soit acquises, traumatismes, paralysies, provoquent des lésions telles que l'attitude pendant la marche devient des plus difformes. On pourrait distinguer aussi les ischiongrades ou culs-de-jatte, les genugrades et les manu-plantigrades (pseudo-quadrupèdes).

a. *De la marche fessière ou ventrale, ou pré-tibiale, chez l'homme* (les culs-de-jatte et ventre-jattes). — Nous ne pouvons que rappeler cette difformité que provoque un grand nombre d'affections congénitales ou acquises (traumatismes, paralysies, rhumatismes, etc.). Ces malades ou infirmes sont obligés de marcher assis dans une jatte ou panier arrondi plus ou moins commode. C'est une étude aussi esthétique que philosophique et médicale, et nous renvoyons au travail de Meige sur cette question (*Presse médicale*, 21 avril 1900, et *Iconographie de la Salpêtrière*). Ces infirmes progressent, les uns assis dans une jatte, quelques-uns sont à plat-ventre (ventre-jattes), ils rampent comme des tronçons de lézards en s'aidant avec des petits chevaux. Parfois enfin ils reposent sur le sol, soit sur les genoux, soit sur les deux jambes placées dans des petites gouttières (marche pré-tibiale).

b. *De la marche quadrupède chez l'homme.* — Tantôt le sujet marche sur les mains et les genoux (genugrades) tantôt sur les mains et les pieds (pseudo-quadrupèdes). Mac Ewen a rapporté l'observation d'un garçon qui marchait à quatre pattes, comme un singe; il avait son avant-bras droit courbé en dedans à son tiers inférieur. Le tiers inférieur de l'avant-bras était couvert d'une peau épaisse, parce que l'enfant appliquait cette partie sur le plancher en se trainant et en tenant sa main fermée comme sur un objet. Les extrémités des doigts de la main gauche touchaient seules le plancher, de sorte que le bras droit supportait la plus grande partie du poids du corps pendant que le gauche servait à maintenir l'équilibre. J'ai eu l'occasion de disséquer un de ces individus quadrupèdes et en même temps très barbus, de telle sorte que l'expression d'« homme-chien » était exacte quant à l'aspect, mais pas quant à la rapidité de la marche. Les déformations consécutives du bassin, du fémur et du reste du squelette étaient très nombreuses.

Beaucoup de ces « déformés » gagnent facilement leur existence en mendiant, aussi ils ne veulent pas entendre parler d'opération. Cependant des arthrodèses, des anastomoses tendineuses, et peut-être même certaines amputations pourraient améliorer leur attitude s'il s'agit de paralysies infantiles.