

En général, dans les cas moyens, il faut compter une année de traitement, et, pour les cas qui s'accompagnent de grosse D R, deux ou trois ans. Pendant les six ou huit premiers mois, les applications seront faites régulièrement, sans interruption, ensuite espacées; tous les deux ou trois mois, et pratiquées alors pendant un mois.

Il est essentiel, pendant la durée du traitement, de veiller à l'état des muscles antagonistes, en raison de leur tendance à la rétraction fibro-tendineuse. Une attelle plantaire maintenue au cou-de-pied par un lien élastique destiné à relever la pointe du pied, pourra suffire à contrebalancer la tonicité prépondérante des muscles de la région postérieure de la jambe.

S'il est nécessaire d'être circonspect dans le pronostic, en revanche il ne faut jamais désespérer du résultat, même dans des cas datant de plusieurs années. Même dans ces cas, on peut ranimer quelques muscles ou faisceaux de muscles, rendre possibles certains mouvements. Il existe une observation classique due à Duchenne, d'un enfant traité seulement quatre ans après le début de sa paralysie et guéri en peu de temps.

Ce n'est qu'après échec dûment constaté du traitement électrique que l'on sera autorisé à avoir recours à l'arthrodèse, à la transplantation tendineuse, aux appareils orthopédiques.

Le traitement électrique est d'ailleurs indiqué après la transplantation tendineuse.

Certains auteurs ont mis en doute la valeur de l'électrothérapie; mais il est juste de constater que jusqu'à ces dernières années, les procédés électriques employés étaient défectueux et que l'on ne peut comparer les résultats obtenus par la méthode qui vient d'être exposée, avec ceux que donnaient les anciens procédés.

Sans doute l'électricité ne peut prétendre à guérir complètement la paralysie infantile; même après un traitement prolongé, le membre malade reste atrophié; seulement les déformations sont réduites à leur minimum, la croissance du membre n'est que peu retardée; les contractures n'existent pas. On ne voit pas ces pieds bots, ces genu valgum, ces atrophies deltoïdiennes totales qui s'observaient autrefois d'une façon courante. L'électricité est un excitant général de la nutrition, de la croissance; à ce titre, elle est particulièrement indiquée. Pour en obtenir le summum d'effets il ne faut pas attendre, contrairement à ce que conseillent quelques médecins. Il faut au contraire, suivant l'exemple de Duchenne, d'Erb, commencer le traitement le plus tôt possible, c'est-à-dire dès la fin de la période inflammatoire aiguë.

Le massage doit toujours être associé à l'électrothérapie; dans les premiers jours on se bornera à un massage très léger, effleurage ou tapotage. Plus tard, on aura recours à la friction, au pétrissage; chaque séance pourra être suivie d'une friction avec de l'alcool pur, de l'eau de Cologne, de l'essence de térébenthine.

La kinésithérapie constitue le complément du massage. On imprime au membre des mouvements passifs, on mobilise les articulations; on met en œuvre toutes les ressources de la gymnastique suédoise.

Quand la marche devient possible on doit faire une véritable rééducation motrice.

L'hydrothérapie sous forme de bains salés, de bains sulfureux, d'enveloppements humides, de douches, ne devra jamais être négligée.

On la poursuivra, pendant la belle saison, en employant les cures thermales, à Salins (Jura), Salies-de-Béarn, Biarritz, Kreuznach, Bourbonne.

A la période des difformités on emploie les divers appareils orthopédiques; on fait porter des souliers à semelle surélevée et à tuteurs latéraux, etc. Pour remédier à la laxité des articulations on a pratiqué un certain nombre de fois, avec de bons résultats, l'arthrodèse qui a pour résultat l'ankylose de l'articulation.

La transplantation tendineuse a été pratiquée un grand nombre de fois dans ces dernières années. Un seul chirurgien, Vulpius, a pratiqué cette opération 500 fois (*Congrès allemand de chirurgie orthopédique*, juin 1905). Malgré tout une certaine incertitude plane sur les résultats éloignés de cette opération, pratiquée pour la première fois par Nicoladoni (1881).

MALADIE DE LITTLE

Charcot avait créé le nom de tabes dorsal spasmodique et l'avait appliqué à une affection consistant en une paralysie spasmodique des membres inférieurs, due à une lésion primitive de la portion intra-médullaire des faisceaux pyramidaux. Suivant lui et suivant Erb, qui avait décrit quelque temps auparavant un type clinique analogue, il s'agissait là d'une affection spéciale aux adultes.

Les recherches ultérieures n'ont pas confirmé l'existence du tabes spasmodique, en tant que maladie de l'adulte; elles ont montré que les cas étiquetés sous cette rubrique se rapportaient en réalité à la sclérose en plaques, à la myélite transverse. Par contre, il existe, sans aucun doute, une affection d'origine congénitale, qui donne lieu chez l'enfant aux symptômes décrits sous le nom de tabes spasmodique chez l'adulte. Cette maladie a été bien décrite par Little, aussi M. Marie a-t-il proposé de lui attribuer le nom de maladie de Little sous lequel elle est connue aujourd'hui.

Liée presque toujours à l'accouchement prématuré, la maladie de Little a été considérée par Marie, Brissaud, Van Gehuchten, comme due à un défaut de développement du faisceau pyramidal (on sait que les fibres de ce faisceau ne reçoivent leur gaine de myéline qu'à la fin du 9^e mois de la vie intra-utérine); on conçoit donc que chez les enfants nés avant terme le développement de ce faisceau puisse être entravé. On a cité, il est vrai, quelques cas de maladie de Little développés chez des enfants nés à terme, mais dans ce cas l'accouchement avait été difficile, avait nécessité l'application du forceps et les fibres du faisceau pyramidal, encore incomplètement protégées par l'enveloppe de myéline, avaient pu être traumatisées. Aujourd'hui, la théorie de l'arrêt de développement du faisceau pyramidal est battue en brèche et l'on tend à admettre plutôt l'influence primitive et essentielle d'une infection héréditaire, notamment de la syphilis; l'accouchement prématuré n'est qu'une circonstance accessoire, dépendant de l'état pathologique du fœtus.

Au point de vue symptomatique, la maladie de Little est essentiellement caractérisée par la raideur spasmodique des membres inférieurs et supérieurs, par la marche spasmodique, l'exagération des réflexes rotuliens, l'athétose, les troubles de la parole qui est lente, trainante et saccadée, par l'existence fréquente du strabisme, des troubles de la mimique et parfois de rétractions fibro-musculaires déterminant des déformations permanentes du pied ou des attitudes vicieuses du genou ou de la hanche. Les muscles