

en fut émerveillé. Lorsqu'un médecin de Londres, le Dr Little, qui avait été adressé à Stromeyer par Dieffenbach, revint guéri vers ce dernier au bout de quelques mois; Dieffenbach fut hors de lui. « Un miracle ne m'aurait pas étonné davantage; jamais dans ma vie je n'avais vu une opération plus merveilleuse, et quand je revis cet homme guéri, je tins Stromeyer pour plus heureux encore que son malade ». Dieffenbach écrivit à tous les malades qu'il avait dû abandonner jadis et les guérit. Il fit plus tard des voyages dans lesquels il fit de nombreuses ténotomies et myotomies. Stromeyer raconte : « Ces voyages furent cause que cette méthode fut décriée : les soins consécutifs furent souvent mal compris, et le procédé fut considéré comme inefficace. Dieffenbach en ressentit lui-même les conséquences fâcheuses. Pendant longtemps il ne put se consoler d'avoir opéré à Pétersbourg un prince, sans en avoir retiré ni gloire ni profit. »

C'est dans cette histoire qu'est tout le fin-mot de la leçon. La ténotomie par elle-même n'a aucun effet, même dans les cas les moins accentués. La guérison ne peut être obtenue que par un traitement orthopédique. Ce dernier peut même suffire seul dans les cas bénins, mais la ténotomie permet d'agir plus directement et plus facilement sur le squelette du tarse; et enfin dans les cas graves, la guérison ne serait pas obtenue sans elle.

Procédés orthopédiques. — Le procédé orthopédique peut être à son tour *lent* ou *rapide*, *violent*. Le premier semble plus logique, parce qu'il se fait sans violence, sans lésions d'aucune sorte; le dernier est plus brutal, amène parfois des ruptures ligamenteuses et même des fractures, mais il est plus rapide, plus commode, et donne des résultats excellents.

Le procédé en quelque sorte classique consistait à employer des machines qui combattaient d'abord peu à peu l'adduction de l'avant-pied et la pronation du pied, en transformant ainsi le varus en équin pur. Puis on faisait la ténotomie du tendon d'Achille et on combattait la flexion plantaire par des machines. Dans les cas très prononcés, il fallait recourir dès le début à la section de l'aponévrose plantaire pour corriger l'adduction. Le nombre des machines destinées au redressement lent est considérable; celles qui méritent d'attirer le plus notre attention sont celles qui agissent par traction élastique (Barwell, Blanc, Lücke); immédiatement après viennent celles qui permettent de mettre le pied dans diverses attitudes.

L'emploi de ces procédés suppose des soins extrêmement assidus. Les enfants ont très facilement des eschares, et on est obligé d'abandonner tout le traitement; on a vu des malades rester un an avant d'être guéris. On ne commence guère l'application des machines avant l'âge d'un an parce que la peau est trop tendre. Aujourd'hui, où le redressement forcé est si facile sous le chloroforme, c'est à lui que l'on doit

avoir recours; il suffit de poser ensuite un appareil plâtré; ce procédé est aussi commode que peu dispendieux et est à la portée de tout praticien. Voici comment on peut procéder à la campagne.

On commencera le traitement du pied-bot dès les premières semaines de la vie; on obtient ainsi facilement et rapidement les meilleurs résultats. Si on a affaire à une mère intelligente, on s'en fera le meilleur aide à qui expliquer la technique du traitement. Au début on se contente d'imprimer au pied des mouvements passifs en allant vers la situation normale, par conséquent des mouvements de pronation et d'extension dorsale. Il me semble que des mouvements forcés mais courts, même s'ils sont répétés souvent dans la journée, sont moins efficaces que des mouvements moins étendus mais où l'attitude est maintenue pendant quelques minutes. Après quelques semaines, on a recours aux bandages. Le pied est mis dans une bonne position, et on l'entoure d'une fine bande de flanelle dans le sens de la pronation, c'est-à-dire que les tours de bandes vont du dos du pied autour du bord interne vers la plante et de là sur le bord externe; on peut encore employer une bande de gaze humide, et poser quelques bandelettes circulaires de diachylon (Meusel). La position du pied s'améliore déjà par ce procédé. Pour maintenir le pied dans sa bonne position on moule un pansement en gutta-percha (Lorinzer).

Dans les cas légers, ce traitement doux et rationnel suffit pour guérir le pied-bot sans qu'il soit besoin de recourir à la ténotomie. Mais à l'hôpital il ne peut pas toujours être employé à cause de sa longue durée. On agit alors plus énergiquement. On commence par la ténotomie, on fait le redressement forcé et on pose un appareil plâtré; tous les 8 jours, nouvel appareil après avoir fait faire un pas de plus au redressement. Récemment on a eu recours à un procédé plus énergique encore; on a pétri et modelé le pied pendant que le malade était profondément endormi, et après un travail d'une demi-heure environ, le pied était dans une position normale. Puis on appliquait un appareil plâtré avec lequel l'enfant peut immédiatement marcher s'il a déjà appris à marcher. Le traitement n'est considéré comme terminé que quand l'enfant peut exécuter des mouvements actifs de pronation. Koenig a proposé un appareil silicaté au-dessus duquel il mettait un appareil plâtré; ce dernier, destiné à maintenir le pied pendant que le premier sèche, peut être enlevé au bout de 12 heures. Les enfants peuvent courir pendant des semaines avec le pansement de Koenig sans le détériorer.

Tarsectomie. — Chez les adultes les moyens orthopédiques seuls ne suffiraient pas même dans les cas moyens à amener la guérison.