

alors que ce traitement durerait des années. Il faut absolument avoir recours à des procédés opératoires. Ainsi Solly et plus tard Davy sur le conseil de Little ont enlevé le cuboïde, Davies Colley a enlevé en plus une partie du calcanéum, de l'astragale, du scaphoïde, des cunéiformes et même du métatarse; Lund a extirpé l'astragale; Hueter a réséqué le col de l'astragale et le scaphoïde. Dans un cas où il existait un durillon très douloureux à la plante sous la tête du V métatarsien, et un ostéophyte sur le métatarsien même, j'ai extirpé le durillon, puis réséqué l'articulation cuboïdo-métatarsienne. Meusel a réséqué le cuboïde.

La méthode antiseptique a naturellement augmenté le nombre des procédés. J'en donne le tableau suivant emprunté au travail de Lorenz.

A. — *Ostéotomies.*

1. Ostéotomie linéaire du scaphoïde par la plante (Hahn).
2. Ostéotomie linéaire de la jambe au-dessus des malléoles (Hahn).

B. — *Extirpations.*

a) D'un os :

3. Du cuboïde (Solly).
4. De l'astragale (Lund, Mason) avec 3 modifications.
5. De l'astragale, associée à la résection de la pointe de la malléole externe (Mason, Ried).
6. Grattage de la substance spongieuse de l'astragale, dont les facettes articulaires sont conservées (Verebelly).
7. Énucléation de l'astragale et résection d'un coin perpendiculaire à base externe comprenant toute l'épaisseur de l'apophyse antérieure du calcanéum (Hahn).

b) De plusieurs os :

8. De l'astragale et du cuboïde (Albert, Hahn).
9. De l'astragale, du cuboïde et du scaphoïde (West).
10. Du scaphoïde et du cuboïde (Ben net).

C. — *Résections.*

11. De la tête de l'astragale (Lücke, Albert).
12. D'un coin osseux pris sur la moitié externe du col de l'astragale (Hueter).
13. De deux coins osseux, perpendiculaires l'un à l'autre, à bases externes, faite aux dépens des articulations de Chopart et astragalo-calcanéenne (Rydygier).
14. D'une masse osseuse cunéiforme prise sur toute la racine du pied (O. Weber, Davies-Colley, R. Davy).

En voyant un aussi grand nombre de tentatives opératoires, on doit bien penser que le problème est difficile à résoudre. Sans l'antisepsie, on n'aurait d'ailleurs jamais opéré. De plus il n'est pas besoin de dire qu'un grand nombre de ces procédés n'ont plus qu'un intérêt historique, et il n'y a pas lieu de s'étonner que les jugements des différents

chirurgiens aient été si différents. « Chez un enfant, s'écrie Guérin, la tarsotomie est l'abus le plus déplorable que puisse faire la chirurgie actuelle ».

Lorenz a fait une critique très judicieuse des différents procédés, et a essayé de poser les indications pour les opérations du pied-bot.

Si le malade a dépassé 20 ans, de sorte que le pied déformé a longtemps servi à la marche, le traitement mécanique rencontre de tels obstacles qu'il n'y a plus qu'à tenter une opération.

Si le malade a passé la première croissance, s'il est par conséquent aux environs de la puberté, un traitement mécanique est encore possible. Ses résultats sont supérieurs à ceux de l'opération, mais il est d'une longueur décourageante; et dans ces cas-là, l'intervention a pour but d'abréger considérablement le traitement.

Chez l'enfant, enfin, l'opération doit en général être abandonnée; des sections tendineuses et aponévrotiques suffisent pour permettre le redressement complet.

S'il s'agit d'individus ayant accompli leur croissance, ou bien chez lesquels le système osseux est près d'arriver à son complet développement, on peut entreprendre une résection cunéiforme.

OPÉRATION DE PHELPS. — Dans ces derniers temps, un orthopédiste américain, Phelps, a introduit un nouveau procédé; il coupe transversalement la peau de la plante du pied, puis sectionne tous les tissus tendus après les avoir mis en évidence en essayant de placer le pied dans sa position normale. Il coupe ainsi l'aponévrose plantaire et quelques muscles et ligaments. Si l'incision des parties molles ne suffit pas, on a recours à l'ostéotomie du col astragalien, et à la rigueur à une résection d'une partie du cuboïde. Quelques chirurgiens condamnent cette opération, qui se borne en général à la section des parties molles, et se contentent du redressement avec section sous-cutanée des tendons et aponévroses. Julius Wolff en particulier s'est attaché au redressement pratiqué selon une méthode qui lui est propre et à l'appareil plâtré qui permet au malade de marcher le pied raide. Le procédé de Lorenz qui reconnaît le même principe est plus perfectionné. Celui-ci modèle lentement le pied sous le chloroforme, et ne s'arrête que lorsque le pied peut être porté dans le valgo-calcanéus. Il termine par la ténotomie du tendon d'Achille. En général il n'est pas nécessaire de sectionner l'aponévrose. Puis on applique un appareil plâtré que l'enfant garde plusieurs mois. Enfin on électrise le petit malade et on lui rend ses mouvements actifs de pronation en électrisant les pronateurs et en lui faisant faire des mouvements méthodiques.

Quand la difformité est très prononcée, une résection cunéiforme