

du pied peut même n'avoir pas grande efficacité. Un homme marche plus facilement avec le moignon de Pirogoff; et dans les cas de ce genre on n'a le choix qu'entre deux moyens : l'amputation de Pirogoff ou des prothèses faites de façon à éviter des eschares dorsales.

En ce qui concerne l'ablation d'un coin osseux pris dans le tarse, je la fais à l'aide de deux incisions; l'une longe le bord externe, l'autre le bord interne du tarse. En partant de ces incisions, je dégage avec un instrument mousse les parties osseuses des parties molles vers le dos du pied et vers la plante, et je résèque du squelette un coin dont la base est tournée en dehors.

Il est évident que dans le redressement on peut remplacer l'appareil plâtré par un appareil de silicate, de paraffine, ou de substances semblables.

Tout ce que nous avons dit jusqu'à présent a trait au pied-bot varus congénital.

En ce qui concerne le *varus paralytique*, sur lequel nous reviendrons plus tard, contentons-nous de faire les remarques suivantes : le varus paralytique d'un adulte, qui a servi de longues années pour la marche, présente de telles déformations osseuses et articulaires que seule la tarsotomie (précédée de ténotomie du tendon d'Achille et de section de l'aponévrose plantaire) peut guérir cette affection. Chez les individus jeunes, cette affection peut être guérie sans tarsotomie et la seule question qui se pose est de savoir si on ne pourrait pas par une arthrodèse (ankylose artificielle) transformer son squelette flottant en un squelette solide.

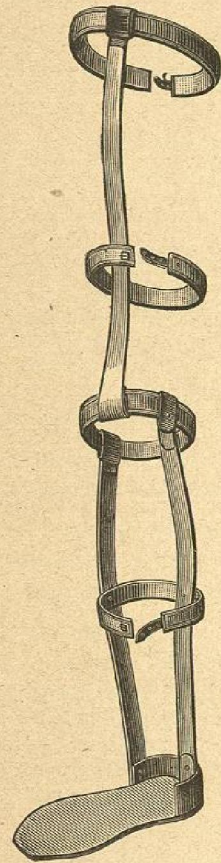


Fig. 150. — Appareil pour pied-bot de Meusel.

ou paralytique arrivés à la période de fixité.

Encore une petite remarque. On peut avoir mené le traitement à bonne fin, et avoir rendu au pied sa position normale; puis, dès que l'enfant commence à marcher, on s'aperçoit qu'il tourne la pointe du pied en dedans : c'est que le pied-bot était associé à une torsion du tibia en dedans. On peut combattre cette dernière torsion dès le début en mettant, quand les circonstances le permettent, un appareil plâtré

remontant jusqu'au genou et maintenant le genou plié et le tibia fortement tourné en avant; il est évident que dans ce cas, l'enfant ne pourra pas marcher avec son appareil. Le plus souvent ce n'est que quand le pied est redressé que l'on a à lutter contre la rotation du tibia. Meusel, de Gotha, recommande l'appareil figuré ci-contre (fig. 150) qui avait son utilité en son temps. La partie jambière de cet appareil peut être mise à différents degrés de rotation et a pour point d'appui un anneau qui entoure la cuisse.

Par le traitement de Wolff et Lorenz, la rotation en dedans disparaît d'elle-même.

§ 3. — Pied plat. Pied valgus.

Etude clinique. — Le pied plat typique est une maladie de l'âge de la puberté, et reconnaît pour cause une surcharge anormale sur le



Fig. 151. — Empreintes d'un pied normal et d'un pied plat.

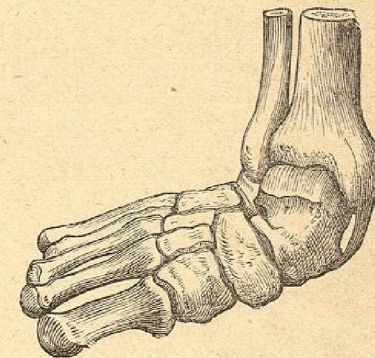


Fig. 152. — Squelette d'un pied valgus.

dos du pied. Il s'observe chez des individus jeunes qui sont obligés de rester debout tout le jour et quelquefois la nuit, et de porter des charges; chez les garçons de café, apprentis serruriers, bonnes d'enfants. Chez les enfants qui sont appelés trop jeunes à un métier qui les force à rester debout, le pied plat ne tarde pas à se former. Roberts a remarqué que dans certains pays où il existe des fabriques, le valgus est fréquent chez des enfants âgés de 8 à 12 ans. C'est donc avec raison qu'on a désigné cette affection sous le nom de *pes valgus staticus*. Le terme « valgus » n'est pas suffisant, car il n'existe pas seulement un vice de position (pronation) mais