

Traitement. — Quand le pied-bot équin est bilatéral, les malades se traînent sur des béquilles. Quand le pied-bot équin est de degré moyen, la ténotomie du tendon d'Achille suffit pour que l'on puisse placer immédiatement le pied à angle droit et on applique un appareil consistant en une bottine dont la semelle est pourvue d'une attelle en acier qui monte le long de la jambe; cette attelle possède dans le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne une charnière qui ne permet pas de flexion plantaire, une courroie dorsale appuie le pied contre la semelle. Mais si la flexion plantaire est très prononcée, la ténotomie devra être suivie d'un traitement orthopédique; on emploiera de préférence la machine de Stromeyer. Enfin quand l'inflexion plantaire est très prononcée, on est obligé d'avoir recours à la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire.

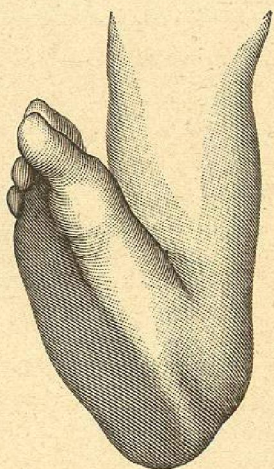


Fig. 159. — Pied-talus congénital.

§ 5. — Pied talus.

Variétés. — Nous devons à M. le professeur Nicoladoni de très intéressantes études sur cette difformité, qui n'a été jusqu'à ce jour qu'incomplètement étudiée. D'après cet auteur, nous pouvons diviser le pied-talus en deux groupes distincts.

a) Celui qui est dû à une forte flexion dorsale, le *pes calcaneus sursum flexus*. Celui-ci est à son tour:

α) *Congénital*; le pied est (fig. 159) en flexion dorsale; tous les muscles de la jambe et du pied sont sains, et cependant on ne peut pas augmenter la flexion dorsale du pied; quand on essaye de le porter dans la flexion plantaire, tous les tendons dorsaux se tendent et met-

tent obstacle au mouvement. D'après toutes les apparences, le pied a dû être fixé dans l'utérus dans la flexion plantaire. Dans les cas bénins, la difformité se guérit d'elle-même. Dans les cas plus accentués, il suffit en général d'un bandage institué de façon à ce que la plante du pied soit tirée vers le sol; le point fixe est une attelle postérieure. Dans les cas où on a besoin d'aller vite, on peut faire la ténotomie des tendons dorsaux, la difformité disparaît alors immédiatement (Dumreicher).

Nicoladoni cite un pied calcaneus associé à l'absence du péroné et d'une partie du squelette du pied.

β) *Par paralysie*, c'est l'opposé du pied équin paralytique.

γ) *Acquis*, à la suite du processus pathologique développé dans l'articulation tibio-tarsienne ou autour d'elle.

Nicoladini cite un cas observé par Kundrat. L'extrémité inférieure du tibia avait une concavité si accentuée en avant que le pied paraissait être le siège d'une flexion dorsale; il s'agissait d'une ostéomyélite qui avait conduit au décollement de l'épiphyse ainsi déplacée.

δ) Le pied talus peut être dû simplement à l'abaissement du talon; c'est le *pes calcaneus* à proprement parler, le calcaneus ostéologique en ce sens que ce n'est pas l'articulation, mais le calcaneum lui-même qui est le siège de la difformité.

C'est une forme analogue à celle du pied des dames chinoises. Mais l'origine en est bien différente. Il existe toujours une paralysie au début. Les muscles plantaires sont toujours sains; mais au moins les muscles supérieurs du mollet sont toujours paralysés.

Voici quel est le mécanisme de cette lésion. Quand nous mettons le pied par terre, la voûte plantaire est tendue; l'aponévrose plantaire se tend par le poids qui supporte la voûte du pied, c'est là une tension passive. Les muscles plantaires se tendent aussi activement; c'est ce qui donne une partie de l'élasticité de notre démarche. Leurs antagonistes sont les jumeaux et le soléaire, qui attirent le talon en haut, et c'est ce qui donne à notre démarche l'autre partie de son élasticité. Mais si les muscles du mollet sont paralysés, cette dernière action fait défaut, et n'est remplacée qu'en partie par la composante des péroniers. Les muscles plantaires sont donc surchargés. Le calcaneum qui commence à croître obéit à cette surcharge, et croît dans une direction correspondante, en bas et en avant; c'est-à-dire que le calcaneum forme une concavité en bas et en avant. C'est pourquoi le pied acquiert une incurvation bien plus considérable de sa plante (fig. 160).

Traitement. — Nicoladoni a imaginé le traitement suivant. Comme les péroniers sont sains et actifs, on peut les sectionner et les suturer