

neau en caoutchouc, grâce à son élasticité, remplace les fléchisseurs dorsaux paralysés.

On a recours à des bottines à montants métalliques tout à fait semblables à celles que nous avons décrites plus haut, pour combattre la tendance du pied à se déformer en talus ou en talus valgus. On adapte à la chaussure soit une seule attelle interne, soit deux montants latéraux plus légers. Ici encore, on adapte à l'appareil une charnière qui permet la flexion plantaire, mais empêche la flexion dorsale dès que le pied forme un angle droit avec la jambe. Du reste, le pied talus se prête encore beaucoup mieux que le pied équin au traitement par la traction élastique au moyen d'un anneau en caoutchouc; l'application en est ici plus facile et encore plus efficace [que dans les cas d'équinisme. L'une

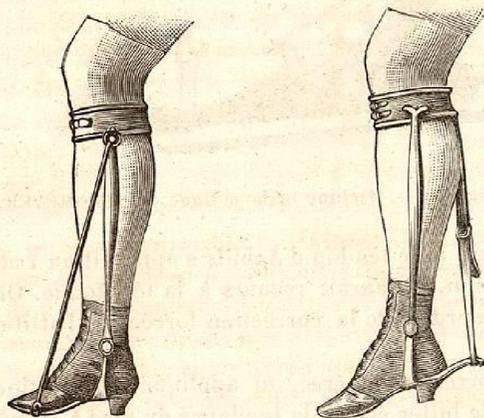


Fig. 63. — Bottines à montants métalliques avec traction élastique pour le traitement du pied équin et du pied talus paralytique.

des extrémités de la courroie se fixe au talon de la bottine, et l'autre au demi-cercle postérieur de l'embrace métallique qui relie les deux montants latéraux au-dessous du genou. Cette courroie est interrompue dans la région du mollet par un anneau élastique en caoutchouc (VOLKMANN). Nous avons fait dessiner les appareils de ce genre pour le pied équin et le pied talus, tels qu'ils sont employés par VOLKMANN et d'autres chirurgiens.

Même dans les cas où la contracture paralytique intéresse également le genou et l'articulation de la hanche, on peut encore, par l'emploi d'appareils convenables, obtenir un résultat suffisant pour permettre à l'enfant paralysé de marcher à l'aide de béquilles ou d'une canne. Assez souvent, en effet, le petit malade qui, généralement, n'avait pu s'avancer qu'en se trainant sur le sol, présente un haut degré de contracture en flexion des articulations du genou et de la hanche. On devra d'abord corriger cette attitude anormale par les moyens

ordinaires, c'est-à-dire par le redressement dans l'anesthésie chloroformique et l'application d'un appareil plâtré. Plus tard on fait porter au malade un appareil orthopédique qui, dans le cas d'une paralysie bilatérale, fixe à la fois les articulations tibio-tarsiennes, les deux genoux et les deux hanches. Deux montants métalliques, l'un interne et l'autre externe, sont fixés en bas à la bottine, et remontent des deux côtés de la jambe et de la cuisse, l'interne jusqu'au pli qui limite latéralement le périnée, tandis que l'externe se continue plus haut pour venir se fixer, avec ou sans charnière, suivant l'état de paralysie des muscles de la hanche, sur une ceinture pelvienne solide et bien rembourrée. Du reste, chez les petits enfants, on peut déjà faire beaucoup pour prévenir ces attitudes vicieuses en leur donnant une petite banquette légère de la hauteur de leurs jambes, sur laquelle ils appuient leurs mains et qu'ils font glisser devant eux en marchant (banquette de VOLKMANN).

ALBERT a cherché plusieurs fois à donner au membre plus de solidité en pratiquant la résection des articulations paralysées (pied, genou), de façon à en obtenir l'ankylose. L'état fonctionnel ne peut qu'y gagner, et nous conseillons de faire de nouvelles tentatives de ce genre dans certaines formes graves de contracture.

Contractures des différentes articulations du pied (tibio-tarsienne, astragalo-tarsienne).

§ 158. — Pour l'articulation tibio-tarsienne la forme de contracture de beaucoup la plus fréquente est celle qui se produit dans le sens de la flexion plantaire, et constitue la déformation connue sous le nom de **pied équin**. Il suffit de se rappeler les remarques que nous avons faites au sujet de la position du pied dans notre étude des affections inflammatoires de l'articulation tibio-tarsienne, pour comprendre que si, dans le cours de l'arthrite, le pied a pris l'attitude de la flexion plantaire, il conservera cette même position après la guérison de l'affection articulaire si l'on n'a pas soin de prendre certaines précautions que nous avons fait connaître précédemment. Ainsi donc on doit s'attendre à observer un degré modéré d'équinisme à la suite d'inflammations de toutes espèces. D'autre part, nous avons déjà rappelé à diverses occasions que cette déformation du pied succède volontiers aux lésions traumatiques intéressant le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, lorsqu'on néglige les précautions nécessaires. Il n'est même pas rare de voir se produire dans ces cas, au lieu de contractures, de véritables *ankyloses* soit cartilagineuses, soit osseuses.

Abstraction faite de ces attitudes vicieuses qui sont la conséquence d'une arthrite, nous avons encore à mentionner les cas dans lesquels le pied équin est dû à un *raccourcissement des téguments et des muscles du mollet* (jumeaux et soléaire). Le raccourcissement de ces derniers peut reconnaître comme cause une lésion traumatique étendue ou des processus phlegmoneux graves des masses musculaires ou du tendon d'A-

chille et de son voisinage ; enfin la peau de la région postérieure de la jambe peut subir une rétraction cicatricielle à la suite d'une brûlure.

La forme paralytique du pied équin est la plus fréquente. Nous l'avons étudiée dans les paragraphes précédents, et nous pouvons nous contenter d'y renvoyer le lecteur. Nous avons déjà mentionné également à cette occasion les cas dans lesquels le pied équin se développe au lit chez des individus affectés de maladies fébriles de longue durée.

Les symptômes du pied équin se déduisent d'eux-mêmes des considérations précédentes sur cette attitude vicieuse. Dans les formes arthro-

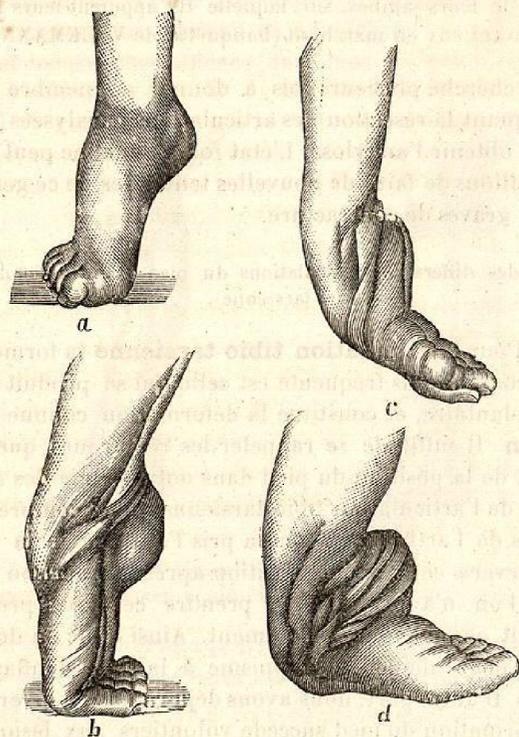


Fig. 64. — Pieds équins paralytiques à différents degrés. Celui de la figure a est le seul qui ait été causé exclusivement par l'affaissement de l'avant-pied en flexion plantaire, en vertu de son propre poids. Dans les formes graves et très graves dessinées en b c d, entre en jeu le second facteur, à savoir l'action exercée par le poids du corps sur le pied déjà déformé. (VOLKMANN dans le Manuel de PITHA-BILLROTH vol. II, 2<sup>e</sup> partie, 2<sup>e</sup> livraison, p. 734.)

gènes modérées le malade ne parvient pas à ramener le pied à angle droit sur la jambe. Il est donc obligé de s'appuyer en marchant non pas sur toute la face plantaire, mais sur la partie antérieure du pied seulement, et comme l'extrémité est par le fait trop longue, il doit nécessai-

rement fléchir les articulations du genou et de la hanche. Enfin nombre de malades accusent de vives douleurs dans le pied, surtout lorsque la déformation de ce dernier a été la conséquence d'une lésion traumatique.

La cause de l'équinisme réside-t-elle dans une rétraction cicatricielle des muscles du mollet, on réussit souvent à faire disparaître complètement l'attitude vicieuse du pied en fléchissant le genou de façon à relâcher le triceps sural ; par contre, lorsque le genou est dans l'extension, on ne peut amener le pied à angle droit sur la jambe. Mais les formes vraiment graves de cette contracture sont celles qui se produisent à la suite d'une paralysie. Parmi ces dernières, les plus favorables sont celles dans lesquelles le malade peut encore marcher sur la face plantaire des orteils et des têtes métatarsiennes. Mais si, au moment où l'enfant a essayé pour la première fois de marcher, les orteils étaient déjà fléchis du côté plantaire, le poids du corps, agissant dans le même sens, exagère encore cet état de flexion à tel point que la face dorsale du pied est de plus en plus utilisée comme point d'appui. Au pied équin vient s'ajouter la déformation grave que nous avons désignée plus haut sous le nom de pied creux. Nous pouvons nous dispenser d'en faire la description en reproduisant ici les dessins de VOLKMANN représentant les formes typiques de cette attitude vicieuse (fig. 64).

En ce qui concerne le traitement du pied équin, nous n'avons que peu de choses à ajouter à la description que nous en avons donnée dans le paragraphe précédent. Les formes arthrogènes seront traitées suivant les règles générales que nous avons fait connaître, c'est à dire que l'on aura recours avant tout au redressement forcé suivi de l'application d'un appareil plâtré. En général, on est obligé d'avoir recours préalablement à la ténotomie du tendon d'Achille.

Dans les cas de rétraction cicatricielle du tendon d'Achille ou des parties voisines de ce dernier, on peut parfois se dispenser de pratiquer la ténotomie en amenant le pied de force de la flexion plantaire à la flexion dorsale. On a alors l'avantage que le malade peut d'emblée exercer son pied sans qu'il soit nécessaire d'appliquer un appareil plâtré. Par contre, si le tendon d'Achille a dû être sectionné, on sera ordinairement obligé, une fois la correction obtenue, d'immobiliser le pied temporairement dans un appareil plâtré. Il en sera de même dans les formes graves de contracture paralytique dont nous avons, du reste, déjà formulé les règles de traitement.

S'agit-il d'une véritable ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, que l'on n'a pas réussi à rompre par un mouvement forcé de flexion dorsale, comme c'est ordinairement le cas, on n'arrivera pas au but sans une opération sanglante consistant à enlever un coin osseux dont la base correspond à la face antérieure de la jointure.

Pour ce qui concerne les formes congénitales du pied équin, nous ren-