

CHER, P. VOGT) ont vivement conseillé de commencer le traitement le plus tôt possible, et je ne puis que m'associer à eux sous ce rapport, en me basant sur un nombre toujours plus considérable d'observations. C'est surtout WOLFF qui a fait remarquer que l'accroissement du pied de l'enfant est bien plus rapide dans les premiers mois que plus tard, et que, pendant cette période, on peut obtenir en beaucoup moins de temps la correction de la déformation que dans la seconde année de l'existence. KOCHER a, en outre, attiré l'attention sur le fait que lorsqu'on laisse passer les premiers mois avant d'entreprendre le traitement, la déformation s'aggrave en raison de la rapidité de la croissance, car l'augmentation de volume du squelette du pied s'opère précisément dans l'attitude vicieuse, aussi longtemps que cette dernière n'a pas été corrigée. Qu'on n'oublie pas cependant que certains pieds très petits, très courts et très gras, et, en outre, fortement déformés en varus, défient pour ainsi dire tout traitement au début. Il est vrai que ces cas deviendront d'autant plus rares que l'on apprendra à mieux utiliser les moyens orthopédiques.

Nous commencerons par exposer les règles à suivre pour le traitement du pied bot varus chez le nouveau-né, et nous dirons d'abord que l'on peut obtenir des résultats extrêmement favorables en soumettant le pied à des mouvements appropriés. Nous avons admis qu'une pression anormale agissant déjà pendant la vie intra-utérine, avait amené le pied en adduction et en rotation en dedans, que cette pression avait pour conséquence un déplacement des surfaces articulaires et une déformation des os, et que les muscles et les tendons s'adaptaient à ces nouvelles conditions. S'il en est réellement ainsi, on doit pouvoir, en exerçant les mouvements qui manquent, rétablir le mécanisme normal des articulations correspondantes, redresser les os déformés, et rendre aux muscles et aux tendons leur longueur normale. On arrive à des résultats vraiment surprenants lorsqu'on commence le traitement dès le jour de la naissance.

C'est ainsi que j'ai réussi à corriger pour ainsi dire complètement, en un petit nombre de semaines, des formes graves de pied bot varus congénital. Dans ces exercices on procède de la manière suivante : d'une main on fixe la jambe tandis que de l'autre, on saisit la partie antérieure du pied, et l'on imprime à ce dernier des mouvements énergiques, de préférence en arc de cercle, de façon à le ramener de l'attitude de supination à celle de pronation. En même temps on prendra en considération l'état de flexion plantaire, que l'on cherchera à corriger par des mouvements dans le sens de la flexion dorsale. Mais pour que ces manipulations, en somme très simples, aient quelque efficacité, il importe qu'elles ne soient pas pratiquées par le médecin seulement. L'effet en est d'autant plus sûr qu'elles sont faites plus énergiquement et répétées plus souvent dans la journée. On devra donc enseigner à l'entourage de l'enfant, et de préférence à la mère, la manière d'exécuter ces mouvements.

On peut augmenter de beaucoup l'efficacité de ce traitement en fixant de temps en temps, et surtout régulièrement la nuit, le pied de l'enfant dans une position aussi opposée que possible à l'attitude vicieuse. Il s'agit donc de construire un appareil qui, autant que faire se peut, remplisse les conditions voulues pour que la première personne venue soit capable de l'enlever et de le replacer à volonté. C'est VOGT, croyons-nous, qui a le premier utilisé dans ce but un feutre imprégné de gomme laque et ayant la propriété de se durcir; il confectionnait avec cette substance une attelle en forme de demi-gouttière, dans laquelle étaient reçus le mollet et la face plantaire du pied; ce dernier était maintenu dans l'appareil au moyen d'un lien élastique passant au devant de l'articula-

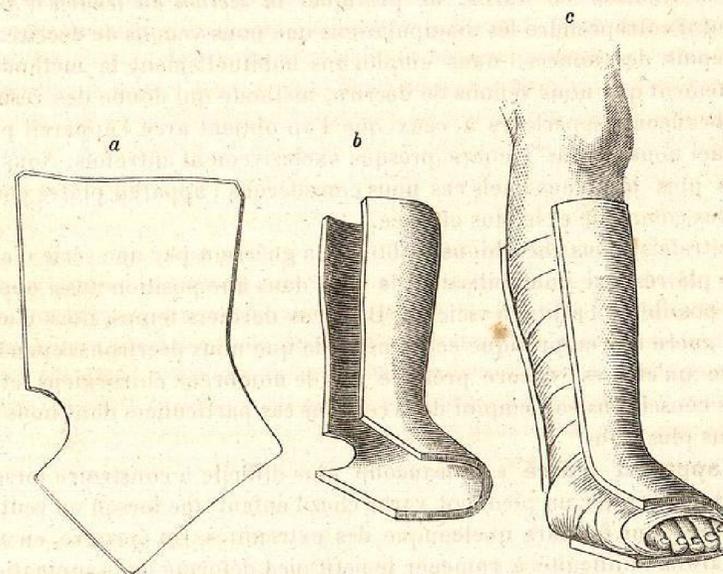


Fig. 66.

tion tibio-tarsienne. Il m'a semblé préférable d'appliquer à la face interne du membre une large attelle de feutre plastique que l'on recourbe de façon à former une demi gouttière pour la jambe et une autre pour le pied, avec semelle s'étendant à toute la face plantaire. Le modèle de cette attelle, avec échanéure pour le talon, est découpé dans du feutre brut; sa forme doit être à peu près celle de la figure 66. On l'imprègne ensuite de gomme laque, ou bien on l'applique sur du feutre déjà imprégné, que l'on découpe à son tour. L'attelle est ensuite ramollie par la chaleur et adaptée à la forme du pied ramené en pronation, et protégé au moyen d'une bande mouillée. La gouttière ainsi confectionnée s'applique, une fois durcie, avec la plus grande facilité autour de la jambe et du pied, et maintient nécessairement ce dernier dans son attitude corrigée; une

bande étroite de flanelle fixe l'appareil aux parties du membre qu'il est chargé d'immobiliser. Au bout de quelques semaines on peut, en général, appliquer facilement une nouvelle gouttière maintenant le pied encore plus en pronation, et l'on continue ainsi à corriger la déformation par des appareils et des mouvements appropriés, jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Pour que l'on soit autorisé à considérer le pied bot varus comme guéri, il faut que le pied puisse être amené en flexion dorsale et pronation non seulement par les mains du médecin, mais aussi par l'action musculaire du malade lui-même.

Dans la règle, il est nécessaire, tout au moins dans les hauts degrés de la déformation en varus, de pratiquer la *section du tendon d'Achille* avant d'entreprendre les manipulations que nous venons de décrire.

Depuis des années, nous employons habituellement la méthode de traitement que nous venons de décrire, méthode qui donne des résultats de beaucoup supérieurs à ceux que l'on obtient avec l'appareil plâtré auquel nous avons recours presque exclusivement autrefois. Nous verrons plus loin dans quels cas nous considérons l'appareil plâtré comme le plus commode et le plus efficace.

Autrefois, nous cherchions à obtenir la guérison par une série d'appareils plâtrés qui immobilisaient le pied dans une position aussi opposée que possible à l'attitude vicieuse. Dans ces derniers temps, nous n'avons plus guère mis en pratique cette méthode que nous décrivons cependant, parce qu'elle est encore préférée par de nombreux chirurgiens, et que nous conseillons son emploi dans certains cas particuliers dont nous parlerons plus loin.

L'appareil plâtré est beaucoup plus difficile à construire lorsqu'il s'agit de corriger un pied bot varus chez l'enfant que lorsqu'on veut immobiliser une fracture quelconque des extrémités. On éprouve, en effet, une grande difficulté à ramener le petit pied déformé de la supination à la pronation, et pendant que l'on lutte contre une résistance parfois considérable, on est obligé d'appliquer un appareil qui se moule exactement sur la forme du membre sans exercer cependant de compression.

La tâche la plus difficile dans l'application de l'appareil incombe à celui qui doit fixer le pied, et ce n'est que par l'expérience que l'on apprend peu à peu à utiliser tous les petits moyens qui permettent de ne déployer que la force strictement nécessaire pour mener à bien une opération en somme relativement longue. Dans nombre de cas, on fera bien, du reste, d'éliminer par l'emploi du chloroforme un obstacle contre lequel on a beaucoup à lutter chez les enfants vigoureux, à savoir les mouvements actifs du pied qu'il s'agit d'immobiliser. Dans la règle, je procède actuellement de la manière suivante : avant d'appliquer le premier appareil, l'enfant étant chloroformé, je ramène le pied énergique-

ment dans le sens de l'abduction, puis je lui imprime un mouvement de flexion dorsale opposé à l'attitude de flexion plantaire ; en somme, il s'agit plus ou moins d'un redressement forcé, bien qu'il soit exécuté avec précautions. Non seulement l'application du premier pansement est ainsi beaucoup plus facile, mais, en outre, la guérison de la déformation s'opère plus rapidement. Il est vrai que, dans les premiers temps, on doit surveiller l'enfant attentivement, et prévenir le gonflement en donnant au pied une position élevée.

Pour l'application de l'appareil plâtré je fais ordinairement coucher l'enfant sur une table dans le décubitus dorsal. Je place sous la cuisse un coussin, tandis que la jambe dépasse le rebord de la table jusqu'au genou, c'est-à-dire jusqu'à l'endroit où doit remonter le pansement. Un aide maintient le genou solidement fixé contre le coussin. La mère ou la bonne de l'enfant peut parfaitement être chargée de ce soin. C'est le genou ainsi maintenu dans l'extension, qui constitue le point d'appui pour la force qui tend à remener le pied dans la pronation et la flexion dorsale. Pour mettre en œuvre cette force le chirurgien applique la face palmaire de son pouce sur la face plantaire du pied bot, dans la région des têtes métatarsiennes, et plus du côté du petit que du gros orteil, puis il refoule le pied dans la direction de la flexion dorsale et de la pronation, tout en se renversant en arrière de façon à appuyer sur la table le coude correspondant à la main qui opère les manipulations. On ne dépense ainsi qu'un minimum de force musculaire. On laisse en quelque sorte la pression du pied agir contre la main et refouler cette dernière en flexion dorsale dans la direction du point d'appui du coude. METZGER obtient un résultat semblable de la manière suivante : il applique d'abord l'appareil dans l'attitude anormale du pied, puis il fait reposer ce dernier par sa face plantaire, et, le genou étant fléchi, il exerce une pression sur la jambe verticalement et dans le sens de la pronation. Cette méthode est certainement préférable à toutes les autres, dans les cas principalement où l'on n'a pas une assistance suffisante. Le pied entouré de plâtre encore mou est placé de façon que sa face plantaire s'appuie sur la table, puis par une forte pression exercée sur le genou, on corrige l'attitude vicieuse jusqu'à ce que l'appareil ait acquis la consistance nécessaire. Dans les formes légères de pied bot varus on peut aussi saisir l'avant-pied avec la main et lui imprimer un mouvement de rotation. Du reste, dans la plupart des cas, on n'achève la correction que lorsque l'appareil est terminé, car pendant l'application de ce dernier, l'aide chargé de maintenir le membre par la force des mains, est naturellement obligé d'abandonner de temps en temps à elle-même la partie antérieure du pied. Dans le but d'éviter cet inconvénient, HUETER entoure la partie moyenne du pied, en arrière des orteils, d'un lacs au moyen duquel il fait faire des tractions en haut et en dehors, le membre étant également dans l'extension. C'est peut-être cette méthode qui permet d'arriver le plus facilement au but lorsqu'on n'a pas encore une expérience suffisante. Il est vrai que l'on est alors obligé d'accorder plus de soins à la partie de l'appareil qui recouvre l'avant-pied, afin qu'il s'adapte bien à la forme de ce dernier. Une fois l'appareil terminé, on coupe la bande de flanelle qui a servi de lacs, et on laisse en place la partie de cette bande qui se trouve enfermée sous le plâtre.

L'appareil plâtré lui-même doit s'étendre depuis les articulations métatarso-