

C'est pourquoi on s'est servi également de plaques en caoutchouc durci que l'on ramollit en les plongeant dans de l'eau chaude, et que l'on adapte aux contours de la jambe et du pied une fois le redressement opéré. Nous possédons actuellement dans le feutre plastique une substance qui se prête tout particulièrement à la construction d'appareils de ce genre, et qui, dans ces derniers temps, a été employé pour ainsi dire partout, suivant le procédé décrit par VOGT (Traité d'orthopédie moderne). Nous avons déjà donné plus haut les indications nécessaires sur la manière de confectionner ces attelles de feutre.

Lorsque la cure orthopédique est assez avancée pour que l'on puisse se passer de ces appareils, on maintient le pied dans une bottine lacée renforcée à son côté externe par une attelle fixée en bas à la semelle, et s'articulant dans la région du cou-de-pied avec une attelle jambière dont l'extrémité supérieure s'insère, au-dessous du genou, sur une demi-gouttière bien rembourrée (bottine de SCARPA). On peut encore favoriser la pronation au moyen d'une traction élastique consistant en un anneau de caoutchouc que l'on fixe, d'une part, à l'extrémité antérieure de la bottine et, d'autre part, à la partie inférieure de l'attelle jambière. HUE-TER décrit une disposition analogue.

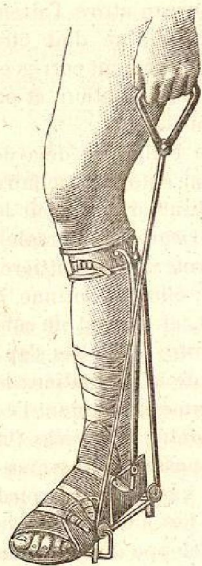


Fig. 67. — Machine orthopédique de BUSCH.

servent à les fixer au pied et à la jambe. A l'aide d'une corde se terminant par une poignée, et descendant le long de la face externe de la jambe, le malade peut faire exécuter au pied des mouvements dans le sens de la pronation. La

Bien souvent, lorsqu'on n'apporte pas tous ses soins à cette partie du traitement, on est obligé de revenir encore une fois à l'emploi des attelles ou d'un appareil plâtré ou magnésité. Les récidives sont certainement beaucoup plus rares lorsque, une fois le traitement proprement dit terminé, on continue encore, pendant longtemps, les mouvements actifs et passifs du pied suivant la méthode décrite plus haut.

Divers chirurgiens préfèrent, encore de nos jours, l'emploi des machines orthopédiques au traitement par les appareils plâtrés ou les attelles. Chez les enfants déjà d'un certain âge et intelligents, de même que chez les adultes, il est certainement très avantageux de terminer le traitement du pied bot varus en exerçant les parties des articulations qui servent aux mouvements de pronation (voir plus haut). La machine de BUSCH peut rendre de bons services sous ce rapport.

Cet engin orthopédique se compose de deux parties, podale et jambière, articulées entre elles au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Des courroies

corde glisse sur des poulies adaptées au bord externe de la planchette podale et vient se fixer en haut à l'attelle jambière.

Par contre, les machines orthopédiques ordinaires exigent que le malade soit dans la position horizontale. La plus simple est celle de STROMEYER, et, dans nombre de cas, c'est encore celle qui répond le mieux au but. Quant aux autres appareils, ils sont composés d'une gouttière destinée à recevoir la jambe, et d'une partie servant à maintenir le pied; il s'agit tout d'abord d'y placer le membre d'une façon convenable, ce qui, le plus souvent, présente certaines difficultés. Le redressement du pied dans une position normale est obtenu au moyen de différentes vis et pièces articulées, ou bien à l'aide d'une articulation à noix que l'on peut fixer à volonté; celle-ci mérite certainement la préférence pour le cas où l'on voudrait se servir d'un appareil de ce genre. Des machines en tout cas plus parfaites sont celles dans lesquelles on cherche à agir par une force de traction élastique, et comme elles résolvent en même temps le problème de maintenir le pied solidement fixé dans une position convenable, nous devons reconnaître leur supériorité sur tous les autres engins orthopédiques; nous ne ferons que mentionner celles qui ont été imaginées récemment par LUECKE, BARWELL, SALT, BLANC, etc. Nous renonçons à en donner une description détaillée, car il suffit pour s'en faire une idée de jeter un coup d'œil sur les catalogues des principaux fabricants d'instruments et appareils de chirurgie. Comme on le comprend facilement, la traction élastique doit agir dans le sens des pronateurs, c'est-à-dire à peu près dans la direction des péroniers, tout en ramenant le pied en flexion dorsale; par conséquent, les liens de traction devront être adaptés à la partie antéro-externe de l'appareil.

LUECKE a fait remarquer l'importance qu'il y a, dans beaucoup de cas, à prendre en considération dans le traitement la rotation en dedans des articulations du genou et de la hanche. Lorsqu'on néglige de le faire, il arrive que même les enfants dont le pied bot varus a été complètement corrigé, sont obligés en marchant de s'appuyer de nouveau sur le bord externe du pied, à cause de la forte rotation en dedans de tout le membre inférieur. Pour obvier à cet inconvénient, LUECKE adapte un appareil de traction élastique à l'attelle de la bottine de SCARPA. Le lien de traction passe au côté externe de l'articulation du genou, à travers une coulisse adaptée à une ceinture fortement bouclée, et vient se fixer en arrière à un corset, au-dessus du bassin, un peu en dehors de la ligne médiane postérieure.

MEUSSEL (Gotha) a décrit, dans ces derniers temps, un appareil conçu dans le même but, et qui permet d'obtenir plus sûrement que celui de LUECKE, le résultat désiré. Par contre, il est plus compliqué et d'un prix plus élevé. Dernièrement, HAGEDORN a construit pour

les petits enfants un appareil fort simple et parfaitement efficace.

Le moyen le plus sûr de combattre la tendance du membre à la rotation en dedans, c'est d'adapter d'emblée à l'attelle du pied bot une tige externe articulée au niveau du genou et de la hanche, et venant se fixer à une ceinture pelvienne.

§ 164. — Les détails dans lesquels nous sommes entré jusqu'ici, se rapportent essentiellement au premier traitement du pied bot varus des nouveau-nés et des petits enfants, par conséquent à des formes en sommes légères de cette affection. Mais, bien souvent, le zèle du médecin ou la patience des personnes chargées du soin de l'enfant, s'épuisent avant que la guérison soit complète. Il arrive assez souvent, même à un chirurgien consciencieux, de ne pouvoir vaincre la tendance des parents à débarrasser l'enfant le plus tôt possible de son appareil, pour le faire marcher avec une chaussure ordinaire. Dans ces conditions, c'en est fait du sort du pied-bot si l'entourage de l'enfant ne fait pas preuve d'une grande sollicitude à son égard. Le pied est introduit tant bien que mal dans le soulier, lequel masque en partie la déformation sans la corriger. Peu à peu l'attitude vicieuse en varus se reproduit tout à fait, et la pression exercée sur le bord externe du pied dans la marche, ne tarde pas à l'aggraver considérablement.

On est alors obligé de recommencer le traitement. Parfois on parvient encore à réparer le mal en usant des moyens orthopédiques mentionnés jusqu'ici; mais, d'autre part, un grand nombre de pieds bots intéressant soit des enfants, soit des adolescents ou des adultes, ne guérissent qu'à la suite d'interventions chirurgicales plus graves.

Dans les cas de ce genre, à partir de la première année jusqu'à la fin de la période de la puberté, et assez souvent même à un âge plus avancé, on obtient de bons résultats d'une méthode de traitement dont nous avons déjà fait mention à propos de l'application des appareils plâtrés, à savoir la *correction forcée de l'attitude vicieuse dans l'anesthésie par le chloroforme*. Depuis nombre d'années déjà, nous nous servons de cette méthode chez les enfants et les personnes jeunes, et nous regrettons seulement que l'on ne puisse l'employer chez les enfants en bas âge. L'efficacité de cette méthode repose sur le fait que les os cèdent à la pression exercée sur eux dans une direction convenable; ils s'infléchissent, s'aplatissent ou se redressent, et ces changements de forme, s'ils n'intéressent pas toujours l'endroit voulu, se produisent à si peu de distance de ce dernier, que la correction de l'attitude vicieuse en est la conséquence. On comprend quelles doivent être les limites du redressement si l'on admet que la correction s'opère aux dépens de l'intégrité du squelette du pied, dont les différents os cédant à la pression qu'ils subissent, se dépriment et s'infléchissent du côté de la convexité, tandis que du côté de la concavité, les ligaments se déchirent ou arrachent des fragments osseux. Ces limites ne sont pas tracées, comme on pourrait le

croire, par le degré de la déformation en varus, car, au moyen du redressement forcé, nous avons réussi à corriger les formes les plus graves de cette affection, et cela d'une façon plus parfaite que si nous avions eu recours à une intervention opératoire. Ce qui restreint l'emploi de cette méthode de traitement, ce sont bien plutôt les caractères physiques des os. Chez les tout petits enfants, c'est l'élasticité des os qui rend illusoire les manœuvres de redressement; d'autre part, dans nombre de cas, les os sont tellement durs qu'ils résistent aux efforts du chirurgien. C'est surtout à la période de la puberté que le squelette du pied paraît bien se prêter aux tentatives de correction; en outre, si l'on procède par opérations successives, on constate déjà à la seconde séance, que les os ont perdu de leur résistance. Du reste, cette méthode de traitement, fait qui à son importance, est applicable non seulement aux formes congénitales, mais aussi aux formes paralytiques du pied bot varus. Elle remplace presque toujours, dans ces cas, une opération sanglante. Lorsqu'on a une grande force dans les mains, on peut, surtout s'il s'agit d'enfants dont les os sont encore mous, ramener simplement le pied dans une position opposée à l'attitude vicieuse. Pour ma part, j'ai réussi dans la plupart des cas, chez les enfants, à opérer ainsi le redressement. On devra seulement user des précautions nécessaires pour ne pas déchirer la peau de la région interne du pied, et, en général, on se gardera bien de pousser trop loin le redressement dès la première séance. Chez les enfants plus âgés et les adultes jeunes, la seule force des mains est insuffisante. Dans ces cas, je procède de la manière suivante: le malade étant couché, je donne au pied bot un point d'appui sur le bord de la table ou sur l'arête longitudinale d'une forte attelle en bois enveloppée dans un mouchoir, et je fais en sorte de mettre en contact avec l'attelle précisément la partie saillante du bord externe du pied, c'est-à-dire la région de l'articulation calcanéo-cuboïdienne et le bord externe de l'astragale. Un aide exerçant une pression sur le talon et la région interne de l'articulation tibio-tarsienne, refoule le pied énergiquement contre le bord de l'attelle, ou bien c'est l'opérateur lui-même qui s'en charge avec l'une de ses deux mains. Ce dernier saisit par son côté interne la partie du pied qui dépasse le bord de la table ou de l'attelle, et fait agir le poids de son corps de façon à corriger la déformation par déchirure des ligaments du côté de la concavité et par écrasement des os du côté externe ou de la convexité. Habituellement, deux ou trois opérations sont nécessaires pour obtenir une correction complète. *Après chaque séance, le pied est immobilisé dans un appareil plâtré et maintenu dans l'élevation, et l'on prend toutes les autres précautions propres à empêcher que le pied ne devienne le siège d'une tuméfaction considérable. Si l'on a déployé une grande force dans les manœuvres de redressement, on fera bien de pratiquer la suspension verticale du membre. Pendant l'application de l'appareil plâtré, on ne fera que maintenir légèrement le pied dans l'attitude corrigée, mais on ne*