

cherchera pas à réaliser un plus haut degré de correction que celui qui a été obtenu par le redressement forcé.

Lorsqu'on procède de la manière que nous venons de décrire, les symptômes observés sont ordinairement de peu de gravité. Le plus souvent on est obligé de faciliter la correction par la section préalable du tendon d'Achille ou de l'aponévrose plantaire; par contre, la ténotomie du jambier postérieur (VOGT) n'est que rarement indiquée.

Rappelons, pour terminer, que BRADFORD se sert d'une machine particulière pour la correction du pied bot varus. La même idée nous est venue souvent à l'esprit, et nous sommes partisan de la méthode de cet auteur dans les formes graves de pied bot varus.

§ 165. — Nous préférons donc le **redressement forcé**, lorsqu'il est praticable, à toute autre intervention chirurgicale. Les expériences cliniques des dernières années nous ont appris que les pieds redressés par cette méthode, sont décidément bien supérieurs, au point de vue de la forme et des fonctions, à ceux qui ont été soumis à l'une quelconque des opérations sanglantes généralement usitées. D'un autre côté, il faut avouer que la méthode de redressement forcé ne suffit pas dans tous les cas, et que, même chez des individus jeunes, il arrive parfois que le pied résiste à toutes les tentatives de correction, fussent-elles exécutées par des mains très vigoureuses. Il en est de même à plus forte raison des formes graves déjà anciennes de pied bot varus chez des individus ayant dépassé la vingtième année; la seule force des mains est ici tout à fait insuffisante. Dans ces cas, si l'on veut néanmoins corriger la déformation, au lieu de laisser le pied dans son attitude vicieuse ou de l'amputer suivant la méthode de SYME ou de PIROGOFF, il ne reste plus qu'à pratiquer une opération sanglante. Il en est de même dans les formes très prononcées du pied bot varus paralytique.

Du reste, la question du traitement du pied bot varus en général est encore fort embrouillée, et il en est ainsi tout particulièrement pour ce qui concerne les méthodes sanglantes; la discussion qui s'est engagée à ce sujet au Congrès de Copenhague, en est une preuve frappante.

Nous ferons abstraction de la méthode de PHELPS (New-York), qui consiste à diviser d'abord toutes les parties molles du côté interne du pied, afin d'éliminer leur tension, et à pratiquer ensuite les autres opérations jugées nécessaires: ténotomie du tendon d'Achille, ostéotomie linéaire, redressement forcé, application d'un appareil plâtré. Nous avons dès lors le choix entre deux méthodes opératoires: l'**excision d'une portion cunéiforme du tarse** et l'**extirpation de l'astragale**. Mais avant de les décrire, nous déclarons expressément que nous ne considérons les opérations sanglantes comme justifiées que dans les formes de pied bot varus mentionnées plus haut. Nous ne sommes pas d'avis que PAUL VOGT ait été bien inspiré lorsqu'il a conseillé l'extirpa-

tion de l'astragale comme méthode de traitement du pied bot varus chez les enfants très jeunes. Nous avons déjà donné plus haut les indications nécessaires sur les moyens thérapeutiques applicables dans ces cas.

Pour donner une idée d'ensemble des méthodes opératoires qui ont été employées dans les cas de pied bot varus, nous reproduisons ici la liste de ces opérations telle que nous l'avons trouvée dans un travail de A. LORRENZ. Nous pouvons bien, en effet, nous dispenser d'en donner un aperçu historique.

A. *Ostéotomies.*

1. Section linéaire du scaphoïde à travers les parties molles plantaires (HAHN).

2. Section linéaire de la jambe au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne (HAHN, VINCENT).

B. *Énucléations.*

a. Énucléation d'un os.

3. Énucléation du cuboïde (SOLLY).

4. — de l'astragale (LUND, MASON) avec les trois modifications suivantes:

5. Énucléation de l'astragale avec résection du sommet de la malléole externe (MASON, RIED).

6. Évidement de la substance spongieuse de l'astragale avec conservation des surfaces articulaires (VÉRÉBELY).

7. Énucléation de l'astragale et résection d'un coin osseux vertical, à base dirigée en dehors, aux dépens de toute l'épaisseur de l'apophyse antérieure du calcanéum (HAHN).

b. Énucléation de plusieurs os.

8. Énucléation de l'astragale et du cuboïde (ALBERT, HAHN), de ces deux os et du scaphoïde (WEST).

9. Énucléation du scaphoïde et du cuboïde (BENNET).

C. *Résections.*

10. Résection de la tête de l'astragale (LUECKE, ALBERT).

11. — d'un coin osseux aux dépens de la moitié externe du col de l'astragale (HUETER).

12. Résection d'un coin osseux aux dépens de la partie supéro-externe du tarse (O. WEBER, DAVIES COLLEY, R. DAVY, SCHEDE, MEUSSEL, etc.).

13. Résection de deux coins osseux perpendiculaires entre eux, à base dirigée en dehors, aux dépens de l'articulation de CHOPART et de l'articulation astragalo-calcaneenne (RYDYGIER).

Nous ne sommes pas en état, pour le moment, de décider sûrement laquelle des deux opérations typiques, l'**ostéotomie cunéiforme** et l'**extirpation de l'astragale**, mérite la préférence. Pour ce qui nous concerne, nous sommes de plus en plus partisan de l'ostéotomie, et cette tendance s'explique surtout par le fait que, d'une manière générale, nous ne considérons une opération sanglante comme justifiée que dans

les formes graves de pied bot varus chez les personnes d'un certain âge, ou bien chez les individus plus jeunes lorsque les tentatives de redressement n'ont pas été couronnées de succès : c'est ce qui résulte, en effet, des considérations précédentes sur le traitement de cette déformation. Dans ces cas tout à fait graves nous accordons volontiers que l'ostéotomie cunéiforme ait pour conséquence un raccourcissement notable du pied, et qu'il reste ordinairement un léger degré d'équinisme. Mais nous devons avouer que nous ne sommes pas arrivé au but à l'aide des extirpations de l'astragale pratiquées dans de telles circonstances. D'ailleurs, nous ferons remarquer aux partisans de cette dernière opération que le pied est loin d'être normal à la suite de l'extirpation de l'astragale, laquelle a, en outre, pour conséquence un raccourcissement du membre et un abaissement des malléoles, et que la nouvelle articulation tibio-tarsienne ne jouit pas d'une grande mobilité. D'autre part, nous doutons qu'il soit vraiment facile, comme l'affirme BESSEL-HAGEN, de corriger les formes graves de pied bot varus en combinant l'extirpation de l'astragale avec la section du ligament péronéo-calcanéen. Par contre, il est certain que l'ablation de cet os avec ses surfaces articulaires obliques, a pour conséquence d'éliminer une cause de récurrence de la déformation en varus.

Nous commencerons par décrire le procédé opératoire de l'ostéotomie cunéiforme. Le coin osseux doit être enlevé du squelette du pied de façon à corriger la difformité. La difficulté de l'opération réside dans le fait qu'il s'agit de corriger non seulement l'adduction et l'incurvation dans le domaine du tarse, mais encore l'équinisme qui est sous la dépendance de l'articulation tibio-tarsienne et de l'astragale.

Lorsqu'on se base sur la forme anatomique du pied bot varus congénital, on comprend que l'ostéotomie cunéiforme doit être pratiquée aux dépens du côté externe de l'astragale et du calcaneum. On aurait tort de vouloir, dans tous les cas, s'attaquer à ces deux os seulement pour opérer la correction complète de la déformation ; dans la règle, on enlèvera également des parties du cuboïde et du scaphoïde. Dans ces derniers temps nous avons eu recours à un très large ciseau, avec lequel nous avons cherché à enlever d'emblée tout le coin osseux, après avoir déterminé approximativement la largeur de ce dernier. Ce procédé nous a plusieurs fois réussi ; dans le cas contraire, nous avons eu recours à l'ablation successive de lamelles osseuses, de façon à enlever un coin dont la base corresponde à la plus forte convexité du pied bot varus, c'est-à-dire à son côté externe et à la partie externe de sa face dorsale.

Lorsque le pied n'est pas trop volumineux, on peut pratiquer l'opération à l'aide d'une incision longitudinale passant sur le milieu de la convexité, parallèlement aux tendons extenseurs. Ce procédé a surtout ses avantages dans la forme paralytique du pied bot varus, lorsqu'on

opère sur un membre ischémié artificiellement. En effet, vu le mauvais état de nutrition de la peau chez les paralytiques, les incisions transversales et à lambeaux font courir à un haut degré le danger d'une nécrose des téguments. Dans deux cas j'ai observé dans ces conditions un sphacèle du lambeau ; c'est ce qui m'a décidé à pratiquer deux incisions longitudinales parallèles chez un adulte que j'ai eu en traitement pour un pied bot varus paralytique.

Lorsqu'on n'a pas à se laisser guider par de telles considérations, le procédé qui met le mieux à découvert le champ opératoire, est celui qui consiste à pratiquer une incision transversale commençant sur la tubérosité du scaphoïde pour se diriger sur la partie la plus convexe du pied, et se terminer au bord externe de ce dernier. On peut, pour ainsi dire toujours, se passer d'une autre incision pratiquée le long de ce bord perpendiculairement à la première (BRYANT). Après avoir détaché la peau des parties profondes et incisé l'aponévrose, à l'aide de la rugine on sépare de la surface de l'os les tendons extenseurs et péroniers, jusqu'à ce que l'on ait mis à nu l'articulation de Chopart. On enlève ensuite avec le bistouri, si les os sont mous, et à l'aide du ciseau s'ils sont durs, un coin du squelette tarsien ayant sa base tournée en dehors et correspondant au calcaneum, à l'astragale et au cuboïde, et son sommet situé dans le scaphoïde ; ou bien on prolonge l'excision en dedans à travers toute l'épaisseur de ce dernier os. Si l'on ne réussit pas à enlever le coin osseux en un seul temps, on procède couche par couche, on rapproche les surfaces osseuses, et l'on excise de nouveau les parties saillantes, et ainsi de suite jusqu'à ce que la correction soit complète. VOGT fait remarquer que l'on peut assez souvent faciliter l'affrontement des surfaces de section du squelette en pratiquant la ténotomie du jambier postérieur.

L'opération est suivie du lavage de la plaie, de l'application d'iodeforme, de la suture et du drainage jusqu'à la fente osseuse laissée par la résection cunéiforme. Puis on applique un pansement antiseptique. Une bande amidonnée suffit toujours à maintenir le pied dans une bonne position.

Pour l'extirpation de l'astragale le meilleur procédé consiste à pratiquer une incision commençant à la malléole externe, et se dirigeant sur la saillie du bord correspondant de l'astragale, pour se terminer au bord externe des tendons extenseurs, au-dessous de l'articulation de Chopart. Cette incision doit pénétrer jusque sur les os et les articulations. Au moyen de larges crochets on écarte les parties molles en dedans et en dehors, on divise les capsules synoviales des articulations tibio-tarsienne et astragalo-scaphoïdienne, et l'on détache les insertions de ces capsules à l'aide du bistouri et des pinces. On met ainsi à nu la tête et le col de l'astragale. On fait alors écarter largement les parties molles, et le pied étant maintenu en forte adduction, on opère la