



Novembre/Décembre 2003 - Commission paritaire en cours - N° ISSN en cours

Bureau du GEOP

Président : D. MOULIES (LIMOGES)

1er Vice-Président : G.F. PENNECOT (PARIS) **2e Vice Président** : R. KOHLER

Ancien Président : J.M. ROGEZ (NANTES) **Secrétaire Général** : B. de BILLY

Secrétaire Adjoint : S. GUILLARD **Trésorier** : P. LASCOMBES **Trésorier-adjoint**: C. ROMANA

Membres du Bureau G. BOLLINI (EPOS) CH. GLORION (CFCOT) M. ROBERT (SFCP), C. MORIN (GAZETTE) J. SALES DE GAUZY J. GRIFFET J. LECHEVALLIER



Editorial G.E.O.P.

Ce numéro de la Gazette du GEOP est en grande partie consacré à l'infirmité motrice cérébrale, d'abord au travers de l'évocation de la vie de William John Little, ce fils d'aubergiste d'une banlieue londonienne, frappé lui-même d'une infirmité. Cet homme, toute sa vie durant, n'a cessé d'essayer de comprendre les troubles fonctionnels que présentaient ces enfants et de tenter d'y remédier avec le peu de moyens offerts en ce milieu du XIX^e siècle.

Probablement, parce qu'il est sous-cutané, accessible facilement et sans trop de danger, le tendon d'Achille a été rendu responsable du "mal" et c'est lui qui le premier a fait l'objet de ces tentatives chirurgicales de ténotomies, d'allongements, ce que précisent très bien les articles remarquables de Pierre Lascombes et de Pierre Journeau qui complète bien Thierry Haumont qui nous rapporte l'expérience de l'analyse quantifiée de la marche.

C'est à la même époque que Gustave Flaubert, tout empreint de l'influence de son père, Achille Cléophas Flaubert, chirurgien, écrit "Madame Bovary". Hippolyte, le "garçon d'écurie de l'hôtel du Lion d'Or", y est opéré de son pied bot par Charles Bovary sous le regard de Mr. Homais, l'apothicaire, selon la technique "du Docteur Duval de Rouen". "Charles piqua la peau; on entendit un craquement sec. C'est ce même craquement qu'avait probablement perçu Achille (celui d'Homère) lorsqu'il fut touché par la flèche décochée par Pâris, le fils de Priam, roi de Troie, qui voulait venger la mort d'Hector. Ce dernier avait en effet été tué par Achille qui se désespérait de la mort de Patrocle, son ami qui avait emprunté ses armes pour partir à la guerre à sa place, tant

lui était bouleversé par l'enlèvement de sa petite amie Briséis qu'Agamemnon lui avait ravie.

La question est la suivante. Qu'a-t-on à faire de William John Little, de Gustave Flaubert, de Charles Bovary, de Mr Homais, d'Hippolyte, de Pâris, de Patrocle, d'Achille... quand on est chirurgien et que l'on doit d'abord opérer des malades? La Gazette est-elle là pour donner place au radotage de quelques aînés sur le retour? Pourquoi la laisser dans la poussière des souvenirs? Pourquoi pas une "New Gazette", "clean", "in", "update"?

Michel Rongières répond à ces questions dans son article "Le chirurgien, la culture et l'âne". Chacun doit méditer sur ses propos pleins de bon sens.

L'ignorance du passé est à l'opposé du progrès de la connaissance, donc à l'opposé des sciences. Dans un chemin que l'on veut parcourir, l'orientation temporelle est aussi importante que l'orientation spatiale car elle représente l'expérience de ceux qui nous y ont précédés. Cette expérience, cette culture, car il faut bien prononcer ce mot même si certains "sortent leur revolver", évite en tous cas de refaire les erreurs de nos anciens.

Ringard, dites-vous? "C'est les jeunes qui se souviennent. Les vieux, ils oublient tout." Boris Vian. (Les bâtisseurs d'empire).

Jean Claude Pouliquen
Ancien Président du GEOP

1 Sic



Qui était-il? William John Little (1810-1894)

P. Lascombes (Hôpital d'Enfants, Nancy)

p. 2



Les techniques d'allongement du tendon d'Achille

P. Journeau (Hôpital d'Enfants, Nancy)

p. 5



Rapport de l'analyse quantifiée de la marche et du mouvement dans le "Syndrome de Little"

T. Haumont (Hôpital d'Enfants, Nancy)

p. 8



Le chirurgien, la Culture et l'Âne

M. Rongières (Toulouse)

p. 9



La formation en Orthopédie Pédiatrique

R. Kolher - D. Moulies

p. 12



Réunions

Academy for cerebral palsy
France- Maroc à Marrakech

p. 14

Fondateur et éditorialiste

J.C. POULIQUEN (Paris)

Rédacteur en chef

C. MORIN (Berck)

Membres :

C. BRONFEN,

J. CATON,

J.C. GEOLIN,

M. CHAPUIS,

P. CHRESTIAN,

B. de BILLY,

B. de COURTIVRON,

G. FINIDORI,

S. GUILLARD-CHARLES,

R. JAWISH,

JL. JOUVE,

J. LANGLAIS,

P. LASCOMBES,

G.F. PENNECOT,

M. RONGIERES,

J. SALES DE GAUZY

Editeur



SAURAMPS MEDICAL
S.a.r.l. D. TORREILLES

11, boul. Henri IV
34000 Montpellier
Tél. : 04 67 63 68 80
Fax : 04 67 52 59 05

la Gazette est dorénavant publiée en format A4, afin d'être directement imprimée

à partir de votre ordinateur via notre adresse www.livres-medicaux.com - Actualités



Qui était-il ? William John Little (1810-1894)

P. Lascombes
(Hôpital d'Enfants, Chirurgie Infantile Orthopédique
CHU de Nancy)

ON THE INFLUENCE OF ABNORMAL PARTURITION, DIFFICULT LABOURS, PREMATURE BIRTH, AND ASPHYXIA NEONATORUM, ON THE MENTAL AND PHYSICAL CONDITION OF THE CHILD, ESPECIALLY IN RELATION TO DEFORMITIES.

By W. J. LITTLE, M.D.

SENIOR-PHYSICIAN TO THE LONDON HOSPITAL; FOUNDER OF THE ROYAL ORTHOPÆDIC HOSPITAL; VISITING-PHYSICIAN TO ASYLUM FOR IDIOTS, EARLSWOOD; ETC.

Fig 1. Titre et auteur de l'article princeps

La maladie de Little ou syndrome de Little correspond à une paraplégie spasmodique apparaissant dès les premiers mois de la vie chez des enfants venus au monde avant terme ou en état d'asphyxie ou par un accouchement difficile. Elle est due à des lésions cérébrales, c'est une diplégie cérébrale infantile¹.

Si les premières contributions à cette affection apparaissent dans le *Lancet*² dès 1844 sous la plume de Little, il faut attendre sa présentation orale du 2 octobre 1861 devant l'*Obstetrical Society of London* puis la publication en 1862 dans les *Transactions of the Obstetrical Society of London*³ sous le titre (Fig. 1) : " On the Influence of Abnormal Parturition, Difficult Labours, Premature Birth, and Asphyxia Neonatorum, on the Mental and Physical Condition of the Child, Especially in Relation to Deformities "

Ce monumental chef-d'œuvre de la paralysie cérébrale se retrouve facilement dans la revue *Clinical Orthopaedic* de 1966⁴, hormis quelques pages de l'article original qui étaient consacrées à la brève description de 63 observations, ou directement sur l'original photographié accessible sur le site de la bibliothèque interuniversitaire de médecine de Paris⁵.

Que faut-il en retenir ? Que Little avait donc désigné la rigidité spastique des membres des nouveau-nés après asphyxie lors de l'accouchement dès 1844², puis en 1853⁶, que l'hémiplégie cérébrale infantile avait été décrite auparavant par Dugès, que l'hypoxie périnatale semblait bien être à l'origine des désordres définitifs

observés et selon une gravité variable, que les atteintes touchaient non seulement les fonctions intellectuelles, mais également les fonctions motrices des membres et du tronc, la déglutition, l'équilibre thermique, que les



Fig 2. Selon Little³ : contraction spastique générale des membres inférieurs. Prématurité. Asphyxie néonatale pendant 36 heures. Mains normales. Voir cas n° 47.

convulsions étaient fréquentes... Des autopsies avaient révélé l'existence de lésions cérébrales et d'hémorragies survenues entre la dure-mère et les os pariétaux. La marche en équin du diplégique spastique y était également décrite et photographiée (Fig. 2,3). Quant aux possibilités thérapeutiques, je me contenterai de rapporter : Happily, Stromeyer's operation of subcutaneous tenotomy rested upon a more secure foundation than could be overthrown by so great an abuse of it. Cela sous-entendait les abus des ténotomies par abord plus large volontiers répandues... en France.

Cet article se termine en évoquant les troubles que présentait Richard III, fils de la Duchesse de Gloucester, né les pieds devant, et qui avait lui-même souffert d'asphyxie périnatale. Ces séquelles avaient été rapportées par Shakespeare dans une de ses pièces politiques : Richard III, fléau de Dieu.



Fig 3. Selon Little³ : contraction des muscles adducteurs et fléchisseurs des extrémités inférieures. Main gauche faible. Deux mains maladroites. Plutôt paralytique que spastique. Né avec un circulaire du cordon autour du cou. Asphyxie néonatale une heure. Voir cas n°43.

1. *Dictionnaire Le Garnier Delamare*, dictionnaires des termes médicaux, 23^{ème} édition, 1992
2. LITTLE W.J., *Lancet*, 1844 ; 1 : 319
3. *Trans. Obstet. Soc. (London)*, 1862 ; 3 : 293-344.
4. *Clin. Orthop.*, 1966 : 7-22
5. www.bium.univ-paris5.fr, dans la collection *Medic@*.
6. LITTLE W.J. *On the nature and treatment of the deformities of the human frame*. Londres, Longman, 1853, in 8°-pp.X-412.



Qui était-il ? William John Little (1810-1894)



P. Lascombes (Hôpital d'Enfants, Chirurgie Infantile Orthopédique CHU de Nancy)

William John Little, fils d'un aubergiste, est né dans la banlieue Est de Londres le 7 août 1810. De nature chétive, il présentait un déficit neurologique de la loge antéro-externe de la jambe gauche responsable d'un pied varus équien dont les différents biographes rapportent la survenue dès sa naissance ou vers l'âge de 4 ans. Cette infirmité le faisait surnommer " canard boiteux " par ses compagnons de l'école, école qu'il suivait à Douvres où il apprit la langue française, ce qui lui permit de poursuivre ses études entre l'âge de 12 et 15 ans au collège des jésuites de Saint-Omer, proche de Calais, où il fut le premier anglais à être honoré d'un prix de composition française. Napoléon était mort depuis 4 ans...

A l'âge de 16 ans, il apprenait la pharmacie à Londres, pour rentrer deux ans plus tard à l'école de médecine. Licencié de la " Apothecaries Company " en 1831, il fut admis au Royal College of Surgeon l'année suivante. A l'âge de 26 ans, il était " Lecturer " en anatomie et physiologie au London Hospital Medical School.

Dans l'ouvrage publié en 1839⁷ sur lequel je reviendrai, Little raconte son intérêt personnel pour le pied bot varus équien en raison de son propre pied gauche équien. A la recherche d'une solution, il ne trouve que fatalisme car chacun à cette époque était persuadé qu'il s'agissait d'une malformation et d'une ankylose du tarse, les rétractions musculaires n'étant considérées que comme secondaires. C'est en 1832 qu'il lit le livre de Cruvelhier (Anatomie Pathologique) où il apprend que Delpech avait proposé la section du tendon d'Achille. Il se lance alors dans la lecture de Chirurgie Clinique⁸ où Delpech après avoir décrit le traitement orthopédique des six pieds bots varus équins, exposait le 7ème cas consacré au traitement chirurgical du pied du fils d'un magistrat de cette ville. L'enfant, âgé de 9 ans, était opéré en décubitus ventral le 9 mai 1816. Deux incisions de un pouce de long étaient faites de part et d'autre du tendon d'Achille en situation assez

haute, permettant la section du tendon d'Achille d'avant en arrière. Les suites opératoires furent compliquées : à J5 survint un léger mouvement fébrile, à J10, " nous découvrâmes les plaies : une petite tumeur faisait écouler une certaine quantité de pus. " A J12, il existait une grande quantité de pus. A J20, la cicatrisation était finalement obtenue avec un bon résultat final.

Malgré ces complications postopératoires, Little est convaincu du bien-fondé d'une telle intervention : il faut sectionner ce tendon d'Achille pour libérer l'équin du pied. Or, il ne trouve qu'opposition en face de lui... Pourtant, du fait de sa bonne maîtrise de la langue française, il décide de rencontrer Jacques-Mathieu Delpech à Montpellier. Toutefois, ce brillant chirurgien français effraya Little en raison des risques d'infection. Tout espoir disparaît après la lecture, en 1828, du second ouvrage de Delpech " l'Orthomorphie "⁹ où l'enthousiasme de la première ténotomie est quelque peu terni.

C'est en 1834 qu'il lit, dans les Archives Générales de Médecine, un article de Strohmeyer de Hanovre dans lequel sont rapportés deux succès grâce à une modification de l'intervention de Delpech : la ténotomie est réalisée en percutané ! Little retourne donc sur le continent en 1835 et 1836, mais cette fois à Leyden, Leipzig, Dresde puis Berlin auprès du Professeur Müller qui approuve l'efficacité de cette ténotomie. Strohmeyer excellait dans les ténotomies sous-cutanées dont les résultats étaient extrêmement satisfaisants. Little décide alors de se faire opérer lui-même par son confrère Strohmeyer (fig. 4), et tout heureux du beau succès, il retourne à Berlin pour montrer son excellent résultat au Docteur Müller. Ce dernier lui permit d'opérer une trentaine de telles ténotomies et de rédiger sa thèse de Docteur en Médecine, présentée le 17 janvier 1837 : " Symboliae ad Talipedum Varum Cognoscendum ".

De retour à Londres, aussitôt licencié au Royal College

of Physician, il publie en 1839 A treatise on the nature of Club-foot and analogous distortions⁷ dans lequel il rapporte des observations de pieds bots varus équins congénitaux et acquis, la dernière observation étant en fait une poliomyélite non diagnostiquée par Little. Dans sa préface, Little rappelle qu'aucun ouvrage n'est jusqu'alors consacré, dans la langue anglaise, au traitement du pied bot varus équien selon la procédure chirurgicale de la ténotomie.

Il y rapporte ainsi la première ténotomie britannique, sous sa lame, qui a eu lieu le 20 février 1837 à Londres. Dans ce traité, se trouve de façon extrêmement détaillée, page 30, la ténotomie d'Achille chez le patient installé en position assise dont le genou est tenu fermement par un assistant tandis que le pied est maintenu en dorsiflexion maximale par un autre assistant. Le bistouri est introduit un à deux doigts au-dessus de la malléole médiale, à la face antérieure du tendon. Lorsque la pointe du bistouri est perçue au travers de la peau de l'autre côté du tendon, le bistouri est tourné de façon à pouvoir sectionner le tendon d'Achille d'avant en arrière. La section complète est immédiatement perçue par le relâchement brutal de l'équin. L'intervention ne dure pas plus " d'un quart de minute ".

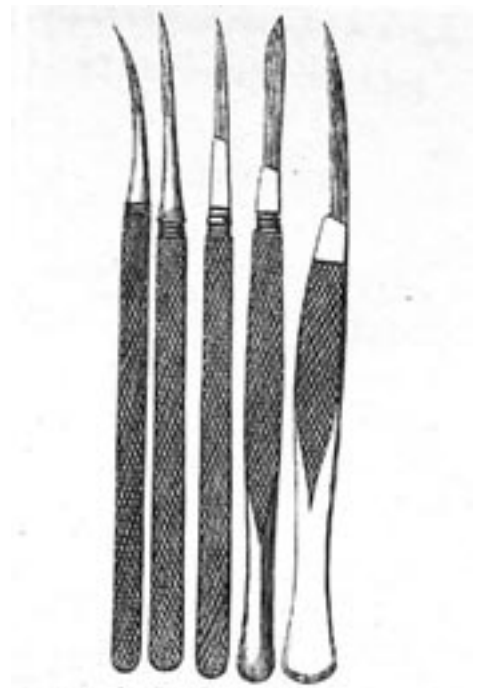


Fig. 41.—Form and size of the knives which I have found convenient for division of tendons.

Fig 5. Les différents bistouris utilisés par Little pour les ténotomies d'Achille chez l'enfant (1,2,3), chez l'adulte (4) ou pour la ténotomie du tibial postérieur (5)

Having thus been strengthened by the judgment of these eminent professors of the university of Berlin, I determined on placing myself under the care of Dr. Stromeyer; and to his skill and kindness I am indebted for the restoration of my foot.*

Fig 4. Texte de Little⁷ concernant sa propre intervention chirurgicale.

7. LITTLE W.J., A Treatise on the nature of club-foot and analogous distortions. Londres, W. Jeff, 1839, in 8°-pp.LXII-276.



Qui était-il ? William John Little (1810-1894)

P. Lascombes
(Hôpital d'Enfants, Chirurgie Infantile Orthopédique
CHU de Nancy)



Elle se fait avec une effusion d'une seule goutte de sang. Plusieurs formes de lames de bistouri sont alors dessinées pour s'adapter aux conditions anatomiques (fig. 5). Enthousiasmé par ces succès, Little poursuit la description des ténotomies percutanées à d'autres tendons tels que le tibial postérieur, le tibial antérieur, le long fléchisseur du pouce... Il est certain que l'intérêt essentiel de l'abord percutané est de limiter au maximum les risques d'infections postopératoires.

L'ouvrage publié en 1843 est intitulé : *On Ankylosis or Still Joint*⁸. Il s'agit d'un traité pratique où le traitement des contractions et des déformations secondaires à la pathologie articulaire est particulièrement détaillé. Les observations et les techniques chirurgicales se succèdent. Les cas de ténotomies multiples sont nombreux et si je peux me permettre tout y passe : le tendon d'Achille certes, mais encore les adducteurs de la hanche (long adducteur, court adducteur, gracile, pectiné, partie antérieure du grand adducteur !), le droit antérieur de la cuisse et le fascia lata, ainsi qu'une partie du vaste latéral, les ischio-jambiers, les tendons des muscles fibulaires, les extenseurs et fléchisseurs des orteils, ou encore au membre supérieur, le biceps au niveau du coude...

Le livre de référence de l'orthopédie britannique fut longtemps *On the nature and treatment of the deformities of the human frame* (1853)⁶ avec ses 412 pages.

Une classification des déformations est ainsi proposée :

Déformations acquises

- Causes directes : traumatismes, infections...
- Causes indirectes : spasmes, paralysies, brûlures...
- Causes mixtes : rachitisme, débilité...

Déformations congénitales

- Distorsions : pieds bots, mains botes, rigidités des membres chez le nouveau-né
- Malformations : fusion ou absence des os des extrémités, monstruosités...

Cet ouvrage princeps d'orthopédie, véritable premier *textbook* britannique en orthopédie, va longtemps servir de référence et va être le point de départ de l'essor de cette discipline chez nos voisins. Parmi les nombreuses observations, nous découvrons deux cas de paralysie pseudo hypertrophique, c'est-à-dire de myopathie, affection qui sera rapportée ultérieurement par Duchenne de Boulogne.

La diploégie spastique est clairement identifiée en 1862⁹ et elle prendra donc le nom maladie de Little. 1868 verra paraître " *On Spinal Weakness and Spinal Curvature* ". D'autres travaux suivent et la dernière publication date de 1882 : *Medical and Surgical Aspects of In-knee (genu valgum)*, travail publié avec la collaboration de son fils Ernest Mirhaed Little. Intéressé en outre par le choléra asiatique et les perfu-

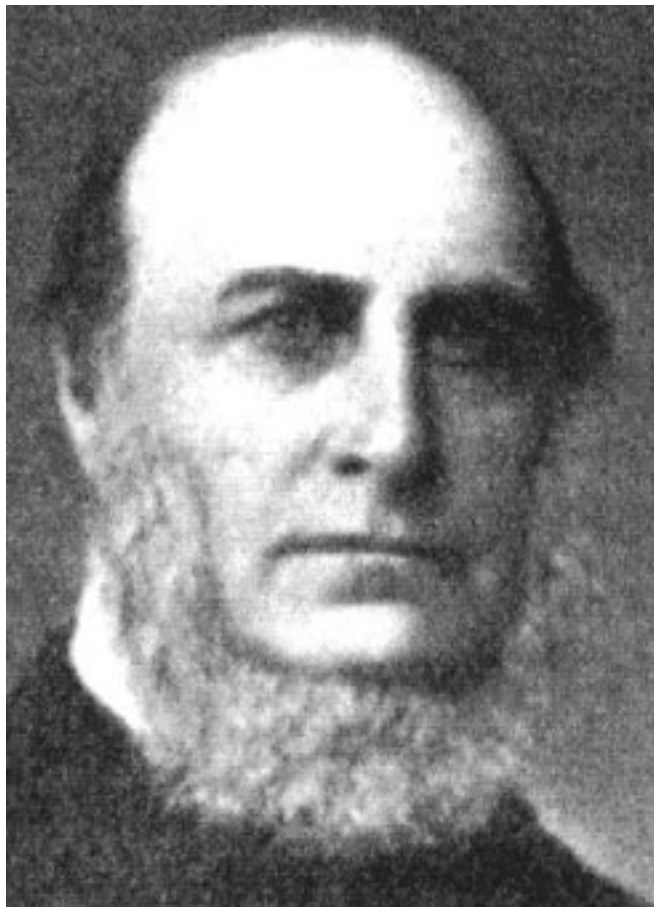


Fig 6. Portrait de John William Little

sions de sérum salé, Little a surtout consacré sa vie à l'orthopédie et, poussé par Strohmeyer, il décrit de nombreuses ténotomies chirurgicales. Créateur de l'" *Orthopaedic Institution* ", actuelle *Royal Orthopaedic Hospital*, il y poursuit ses activités jusqu'en 1863. Retraité à l'âge de 74 ans, il se retire dans la campagne, dans le Kent à Ryarsh, où il décède le 7 juillet 1894¹¹. Beau garçon, grand, les cheveux bruns et les yeux gris lorsqu'il était jeune, une calvitie précoce lui donna une silhouette vénérable (fig. 6). Il était de nature réservée et à l'écart, mais tenait fermement à ses convictions. Après une vie professionnelle bien remplie, devenu âgé, une surdité n'altérait cependant pas sa gentillesse. Il eut 2 fils chirurgiens : Louis Strohmeyer Little qui travailla à Londres puis en Chine et Ernest Mirhead Little qui fut le premier président de la *British Orthopaedic Association*¹².

Membre honoraire des Sociétés Médicales de Florence, Dresde, Constantinople, il aura voyagé jusqu'en 1878. A cette date, il a visité Montréal et Québec, puis New-york où il retrouve Detmold, élève de

Strohmeyer que Little avait rencontré 42 ans auparavant à Hanovre tandis qu'il subissait l'opération qu'il a su ensuite développer en Grande-Bretagne.

Little fut ainsi un pionnier de la chirurgie orthopédique en Grande-Bretagne et il aimait critiquer l'immobilisme confortable de ses pairs. Probablement poussé par son propre handicap, il réussit à trouver la bonne voie de la chirurgie. Aussi, doit-on lui attribuer trois faits fondamentaux :

- il introduisit la ténotomie sous-cutanée en Angleterre, véritable étape dans le traitement des estropiés et des boiteux,
- il écrivit le premier livre important sur la chirurgie orthopédique, publication qui stimula par la suite la recherche clinique,
- il fonda le premier hôpital d'orthopédie britannique spécialisé dans le traitement des désordres des membres et du rachis.

En résumé, il doit être considéré comme le fondateur de la chirurgie orthopédique britannique.

8. DELPECH J.M. *Chirurgie Clinique de Montpellier*. Paris et Montpellier. Gabon, 1823-1828, 2 vol. in 4°.

9. DELPECH J.M. De l'Orthomorphie. Paris. Gabon, 1828, 2 volumes in 4°-pp.114-88 planches.

10. LITTLE W.J. *On ankylosis or Stiff Joints*. Londres, Longman, 1843, in 8°-pp.XII-145.

11. RUHRÄH JOHN. *Pediatric Biographies. William John Little, 1810-1894. A note on the history of plastic diplegia.* Am. J. disease of children, 1935, 49, 1299-1305.

12. JONES A.R., *William John Little, J. Bone Joint Surg.*, 1949, 31 B ; 123-126.



Les techniques d'allongement du tendon d'Achille

P. Journeau – (Hôpital d'Enfants, Chirurgie Infantile Orthopédique, CHU de Nancy)



Préambule

La démarche en équin chez l'enfant est la conséquence d'un dysfonctionnement neurologique ou d'une atteinte musculaire, aboutissant à une rétraction progressive et évolutive des différents corps musculaires composant le triceps sural.

Les étiologies sont multiples, anomalies neurologiques centrales, dystrophies musculaires, post-traumatiques parfois, ce qui explique la complexité des mécanismes physiopathologiques responsables de la rétraction.

Selon les cas, il existe une contraction continue des fibres musculaires entraînant une perte progressive de l'élasticité de celles-ci, un asynchronisme de croissance entre le squelette et le muscle peut se rencontrer dans les causes neurologiques, les immobilisations prolongées ont également été rendues responsables de rétraction musculaire dans des contextes particuliers. Il existe par ailleurs des anomalies primitives du muscle lui-même, avec une perte progressive de la fonction, une perte des qualités intrinsèques du muscle (élasticité, contractilité), et le remplacement des fibres musculaires par une fibrose rétractile.

L'atteinte du triceps sural n'est que l'une des nombreuses manifestations qui peuvent s'observer dans ces pathologies. Elle est cependant l'une des plus visibles, et est celle dont le retentissement fonctionnel est particulièrement net et gênant. Cela explique en partie les raisons pour lesquelles la correction de cet équin a préoccupé de nombreuses équipes depuis fort longtemps. La diversité des résultats, qu'ils soient insuffisants ou excessifs, voire transitoires semble indiquer qu'il n'existe pas de " recette " face à cette déformation. L'allongement du complexe musculo-tendineux sural a été décrit à maintes reprises et sous plusieurs formes, que ce soit chirurgicalement, ou par des méthodes orthopédiques. La difficulté réside dans le choix de la méthode. L'équin du pied apparaît progressivement, avec probablement une gradation dans les lésions des différents groupes musculaires. En effet, les muscles jumeaux sont bi articulaires, alors que le soléaire reste mono articulaire. L'allongement du tendon d'Achille retient donc sur ces trois muscles, que beaucoup de choses séparent en physiologie : insertions proximales, puissance, pourcentage de raccourcissement. Par ailleurs l'évaluation préopératoire s'est affinée afin de définir quels étaient les muscles ou tendon qu'il fallait allonger. Toutefois cela ne règle que le problème de la rétraction, sans tenir compte des autres phénomènes, comme la spasticité par exemple, qui sont tout autant délétères par diminution progressive de la puissance musculaire.

En hommage à W. J. Little, qui a beaucoup utilisé la ténomie complète percutanée du tendon d'Achille, les techniques d'allongement qui ont eu cours, et qui sont parfois encore d'actualité, méritent d'être rappelées ici.

Simplement les moyens d'investigation dont nous disposons aujourd'hui, électrophysiologie, imagerie, nous permettent d'affiner nos indications, de suivre l'évolution et d'en évaluer les résultats.

Les allongements du tendon d'Achille à ciel ouvert

En 1943 White décrit l'allongement tendineux d'Achille par glissement, à ciel ouvert. Il réalise deux hémiténotomies transversales, supérieure externe et inférieure interne. L'allongement est obtenu par glissement, en portant progressivement le pied en flexion dorsale (Fig. 1a et 1b). L'enfant est ensuite immobilisé dans une botte plâtrée durant 6 semaines, l'appui étant autorisé. Dans le même temps, l'allongement en Z fait son apparition, nécessitant en plus des deux hémisections transversales, une section longitudinale avec suture du tendon une fois l'allongement réalisé (Fig. 2). Très

rapidement cette méthode est accusée d'entraîner des hyper corrections, si néfastes dans les étiologies neurologiques. Ces hyper corrections provenaient probablement de la difficulté à régler la longueur strictement suffisante de l'allongement, ou de la survenue potentielle d'un cal fibreux d'allongement, responsables à terme d'une dégradation du résultat.

Ainsi sont apparues des techniques visant à respecter une partie du complexe musculaire. Dans la plupart des cas, la rétraction prédomine sur les muscles gastrocnémiens, comme en témoigne la persistance d'une flexion dorsale de cheville positive lorsque le genou est fléchi. Il était donc logique de ne pas vouloir allonger le soléaire. L'aponévrotomie isolée des jumeaux

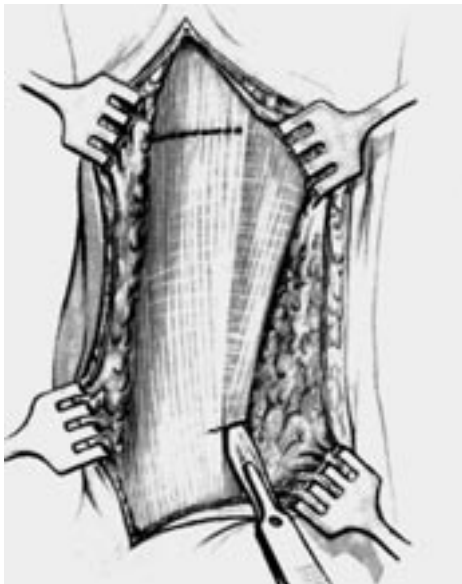


Fig. 1a et 1b . Allongement à ciel ouvert par glissement selon White. (in Tachdjian's Pediatric Orthopaedics)

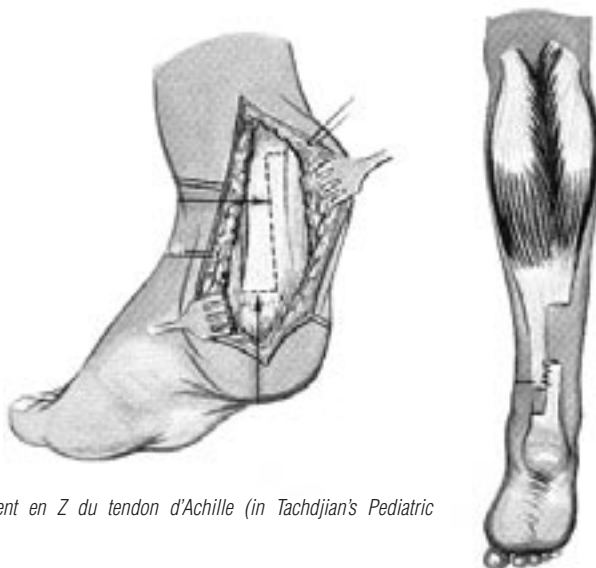


Fig. 2. Allongement en Z du tendon d'Achille (in Tachdjian's Pediatric Orthopaedics)





Les techniques d'allongement du tendon d'Achille

P. Journeau – (Hôpital d'Enfants, Chirurgie Infantile Orthopédique, CHU de Nancy)

consiste en une section transversale de leur lame aponévrotique, après l'avoir désolidarisée du soléaire. Strayer y ajoute toutefois une suture de la partie proximale de l'aponévrose au soléaire sous-jacent, une fois l'allongement réalisé (Fig. 3). Baker préfère un allongement en U de l'aponévrose des gastrocnémiens, permettant ainsi de suturer l'aponévrose à elle-même, limitant l'effet d'hyper correction à long terme (Fig. 4). Quant à Vulpius, il cherche au contraire un effet d'allongement supplémentaire, tout en voulant respecter le tendon d'Achille : l'aponévrose des gastrocnémiens est sectionnée en chevrons à deux niveaux, puis le raphé médian du soléaire, qui est sagittal, est coupé d'arrière en avant. Toutes les structures fibreuses du triceps sural sont ainsi supprimées, mais les fibres musculaires du soléaire restent intactes (Fig. 5). Dans tous les cas une immobilisation plâtrée de 6 semaines est souvent la règle, l'appui pouvant être repris à la troisième semaine.

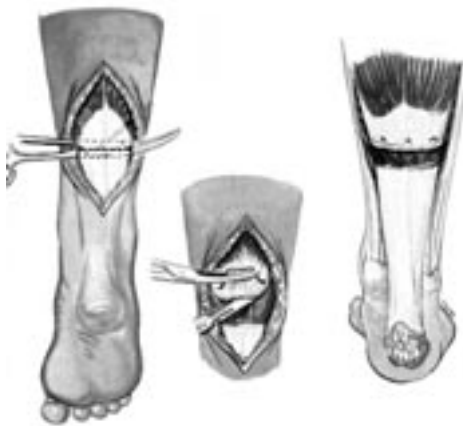


Fig. 3. Aponévrotomie transversale des jumeaux selon Strayer (in Tachdjian's Pediatric Orthopaedics)

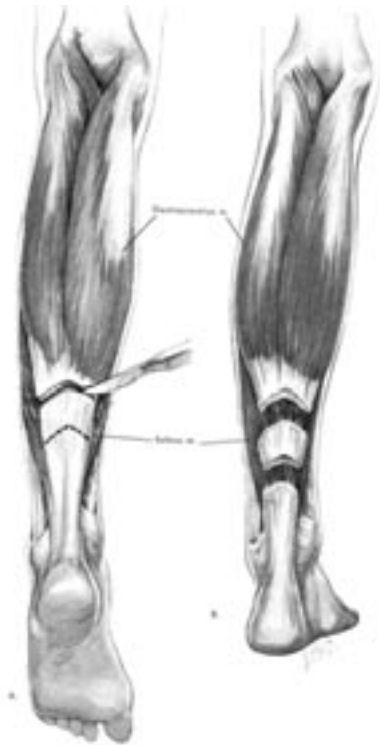


Fig. 5 : Aponévrotomie en chevron de Vulpius, avec section du raphé médian du muscle soléaire (in Tachdjian's Pediatric Orthopaedics)

Les allongements du tendon d'Achille par voie percutanée

White, précurseur de l'allongement par glissement à ciel ouvert, a préconisé la réalisation de ce geste de façon percutanée, toutefois déjà cité et utilisé par H Judet dans les années 1920.

La technique chirurgicale est identique à celle décrite à ciel ouvert : Hémisection transversale interne basse,

juste au-dessus de l'insertion calcanéenne, et hémisection transversale externe haute (Fig. 6a). La manipulation du bistouri doit être prudente, car l'hémisection se fait à l'aveugle. L'utilisation d'une lame de bistouri de taille N° 11 est préconisée, et il est recommandé d'émousser la partie proximale de la lame afin d'éviter une section complète accidentelle du tendon. La ténotomie a lieu d'avant en arrière. La mise en flexion dorsale de la cheville est progressive et douce, en vérifiant périodiquement par la palpation appuyée des muscles, la continuité du tendon (Fig. 6b). Une botte plâtrée est mise en place pour 6 semaines, l'appui étant autorisé. Hoke a modifié la technique en adjoignant une deuxième hémisection interne. De nombreuses études ont rapporté un taux supérieur de ruptures iatrogènes avec cette méthode utilisant trois hémisections, sans que le gain en terme de résultat soit supérieur.

Les avantages de cette chirurgie percutanée sont nombreux : moindre rançon cicatricielle, temps opératoire réduit, séquence parfois réalisée en unité ambulatoire, taux de complication faible, et quasi disparition des hyper corrections souvent observées avec les allongements en Z à ciel ouvert. Le taux de bons résultats de ces ténotomies percutanées par glissement est superposable à celui des aponévrotomies des jumeaux, toutes techniques confondues.

Par ailleurs un élément à prendre en considération est la qualité de la cicatrisation après un allongement du tendon d'Achille. En effet, il a été démontré en imagerie que les allongements en Z étaient responsables d'une cicatrice fibreuse très importante, inhomogène, et qui plus est, adhérente aux plans superficiel et profond. Après aponévrotomie des gastrocnémiens, la fibrose était identique, alors dans les ténotomies percutanées par glissement, le tendon retrouvait une structure d'aspect pratiquement normal en IRM, six mois après l'intervention.

Les méthodes orthopédiques

Celles-ci ne doivent être oubliées. Il ne s'agit pas à proprement parler d'allongement du tendon d'Achille

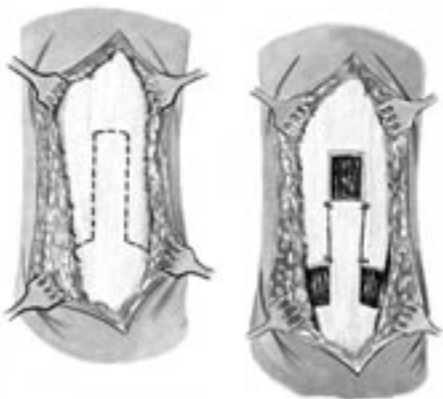


Fig. 4. Aponévrotomie en U selon Baker (in Tachdjian's Pediatric Orthopaedics)

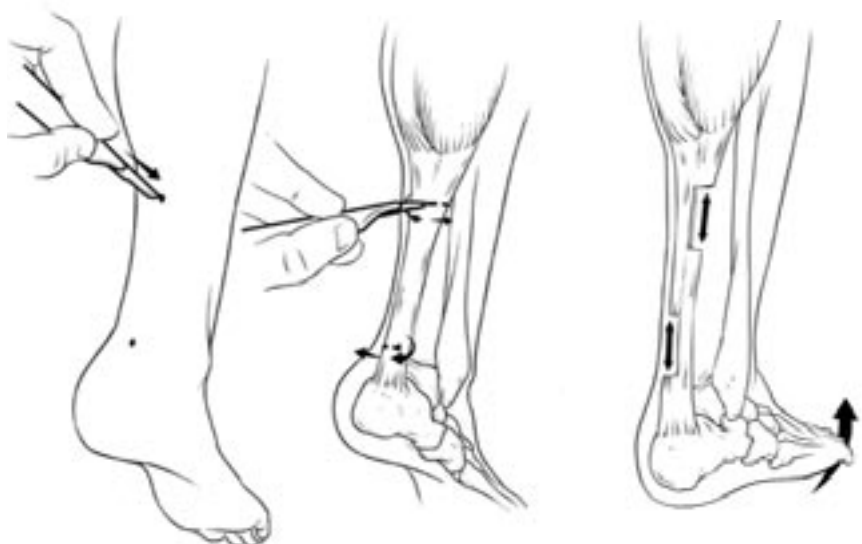


Fig. 6a et 6b . Allongement sous cutané par glissement du tendon d'Achille (in Tachdjian's Pediatric Orthopaedics)



Les techniques d'allongement du tendon d'Achille

P. Journeau – (Hôpital d'Enfants, Chirurgie Infantile Orthopédique, CHU de Nancy)



puisqu'un tendon est histologiquement une structure inextensible. Cependant les étirements par plâtres successifs, pratiqués avec ou sans anesthésie, parfois après réchauffement segmentaire du membre, ont des résultats indéniables.

Ils doivent faire partie de l'arsenal thérapeutique dans les corrections des équins, en particulier au début de l'apparition de la déformation. Ils permettent souvent de retarder l'acte chirurgical, ou d'entretenir un résultat obtenu par la chirurgie.

Techniques associées

L'équin du pied, lorsque l'étiologie est neurologique, est dû à plusieurs facteurs. Ceux qui sont d'origine mécaniques, comme la rétraction, sont accessibles aux différentes méthodes d'allongement du tendon d'Achille ou des jumeaux. Cependant, il ne faut pas méconnaître le rôle du dysfonctionnement musculaire comme la spasticité du complexe sural ou la faiblesse des muscles releveurs du pied.

Il faut donc garder à l'esprit les interventions qui permettent de corriger ces défauts, comme les injections de toxine botulinique, les neurectomies ou neurectomies, voire les transferts musculaires associés. Elles pourront être utilisés préalablement aux allongements, ou en association au cours de la même intervention.

Conclusion

N'allons pas, comme J.P Sartre, affirmer : " Tous les moyens sont bons quand ils sont efficaces ", car cela serait faire fi des complications parfois observées et de l'analyse des résultats à long terme. On sait à présent que la ténotomie totale réalisée initialement par Little est ce qu'il ne faut pas faire aux enfants porteurs de la diplopie du même nom.

La correction des pieds équins en particulier neurologiques, est un problème difficile, face auquel l'allongement du complexe musculo-tendineux sural est l'un des traitements, lui-même envisageable par des méthodes variées.

Références

1. ASENCIO G, J. PELISSIER, J.M. PRIVAT, R. BERTIN, B. MEGY, C. LEONARDI " *La chirurgie du pied équin chez l'adulte hémiplégique* " Rev Chir Orthop, 1993; 79: 41-48
2. BERG E.E. *Percutaneous Achilles tendon lengthening complicated by inadvertent tenotomy*. J Pediatr Orthop. 1992; 12: 341-343
3. BOIREAU P, LAVILLE JM. " *L'allongement percutané du tendon d'Achille chez l'enfant infirme moteur cérébral* " Rev Chir Orthop. 2002 ;88 : 705-709.
4. BORTON D. C.; WALKER K.; PIRPIRIS M.; NATTRASS G. R.; GRAHAM H. K " *Isolated calf lengthening in cerebral palsy: outcome analysis of risk factors* " J. Bone Joint Surg. 2001, (Br); 83 : 364-370
5. COTTALORDA J, GAUTHERON V, CHARMET E, CHAVRIER Y. " *Allongement musculaire du triceps par plâtres successifs chez l'enfant infirme moteur cérébral* " Rev. Chir. Orthop. 1997 ; 83 : 368-371.
6. DOUTE DA, SPONSELLER PD, TOLO VT, ATKINS E, SILBERSTEIN CE. " *Soleus neurectomy for dynamic ankle equinus in children with cerebral palsy.* " Am J Orthop. 1997;26: 613-616.
7. GRAHAM HK, FIXSEN JA. " *Lengthening of the calcaneal tendon in spastic hemiplegia by the White slide technique. A long-term review.* " J Bone Joint Surg Br. 1988; 70 : 472-475.
8. HERRING JA AND AL " *Tachdjian's Pediatric Orthopaedics* " Philadelphia, Third edition, W.B. Saunders Company ed, 2002, 3 volumes
9. KOMAN LA, MOONEY JF, SMITH BP, GOODMAN A, MULVANEY T " *Management of cerebral palsy with botulinum-A toxin : Preliminary investigation.* " J Pediatr Orthop, 1993, 13, 489-495.
10. LEBARBIER P, SAVES MJ, CAHUZAC JP, CLÉMENT JL, BOSOM JL " *Résultats des neurectomies des jumeaux dans le traitement du pied spastique de l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale* ". Ann Réadapt Méd Phys, 1989 ; 32 : 365-374.
11. LESPARROT A, ROBERT M, KHOURI N. " *Étirement du triceps sural après réchauffement à 40°* " Rev Chir Orthop. 2000;86:712-717.
12. PIRIOU P, TREMOULET J, GARREAU DE LOUBRESSE C, JUDET T. " *Ténotomie d'Achille percutanée dans les raideurs de cheville de l'adulte. A propos de 80 cas* " Rev Chir Orthop. 2000; 86:38-45.
13. TAUSSIG G, AUFATURE P, PILLIARD D " *La chirurgie tendineuse du pied varus équin de l'enfant et de l'adolescent infirme moteur d'origine cérébrale* ". Rev Chir Orthop, 1990 ; 76 : 128-136
14. VILLANI C, MASCIOCCHI C, MORICO G, BILLI A, CALVISI V " *Nuclear magnetic resonance as a contribution to the choice of technique in lengthening of the Achilles tendon in a spastic equinus foot* " Italian J orthop Traum, 1989; 15 : 103-108
15. WEIGL D, COPELIVITCH L, ITZCHAK Y, STRAUSS S. " *Sonographic healing stages of Achilles tendon after tenomuscular lengthening in children with cerebral palsy.* " J Pediatr Orthop. 2001; 21: 778-783.
16. WHITE J " *Torsion of the Achilles tendon: its surgical significance* " Arch surg. 1943; 46: 784-787
17. YNGVE DA, CHAMBERS C. " *Vulpinus and Z-lengthening.* " J Pediatr Orthop. 1996 Nov-Dec;16: 759-64.





Apport de l'analyse quantifiée de la marche et du mouvement dans le "Syndrome de Little"

T. Haumont (Hôpital d'Enfants,

Chirurgie Infantile Orthopédique – CHU de Nancy)

Le syndrome de Little, caractérisé par l'atteinte des membres inférieurs, génère des troubles de la marche, si précieuse à une autonomie complète. L'examen minutieux de cette déambulation a bénéficié de l'apport de la vidéographie pour décomposer les différentes phases du cycle de marche. La marche de ces enfants, difficile et énergétiquement coûteuse, rend l'observation répétitive de leur déambulation impossible. L'aide technique vidéographique permet cette répétition et constitue également une référence objective pour le suivi de l'évolution, soit naturelle soit après traitement. L'analyse quantifiée de la marche au laboratoire du mouvement (AQM) a récemment apporté, outre la vidéographie numérique, l'analyse des forces de rotation exercées sur les articulations des membres portants (moments) grâce à la mesure de la force de réaction du sol enregistrée par des plate-formes de force. La puissance générée ou absorbée au niveau de chaque articulation est calculée, rendant compte, comme pour les moments, des contraintes exercées par les complexes capsulo-ligamentaire et musculaire. On apprécie l'importance que revêt l'action synergique des groupes musculaires ainsi que leur inhibition réciproque pour engendrer un mouvement segmentaire économique et efficace.

L'AQM va donc enregistrer la cinématique (variation des amplitudes articulaires au cours du cycle de marche), la cinétique (forces exercées sur les articulations au cours du cycle de marche) et le séquençage des contractions musculaires au cours de ce même cycle (EMG). L'enfant atteint du syndrome de Little se présente, dans sa forme la plus habituelle, avec une flexion-adduction de hanche, un flexum de genou et une déformation des pieds en équin. L'AQM peut être ainsi décrite chez cet enfant présentant un syndrome de Little :

-Au cours du cycle de marche, la bascule antérieure du bassin est augmentée et l'amplitude des oscillations

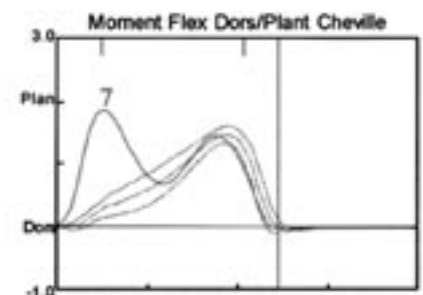
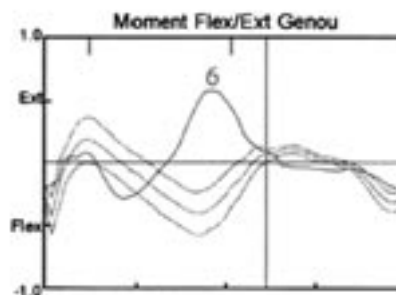
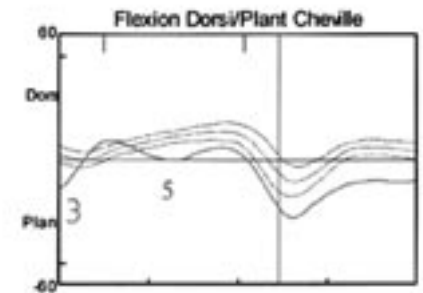
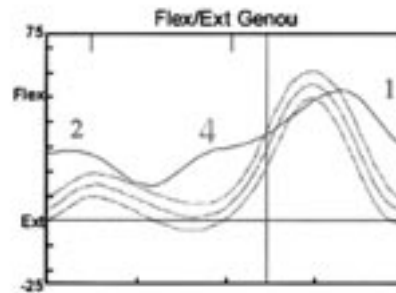


Fig. 2. Analyse cinématique et cinématique du genou et de la cheville

est accrue. En effet, la spasticité voire la rétraction des muscles psoas et droit fémoral génèrent cette antéversion pelvienne et gênent la dissociation entre le segment pelvien et le segment fémoral (Fig. 1).

-L'analyse cinématique du genou met en évidence, en fin de phase oscillante, une extension incomplète du genou (1) du fait de la spasticité des muscles ischio-jambiers (IJ) voire de leur rétraction. L'attaque du pas, lors du cycle suivant, se produit en flexion de genou (2) et en flexion plantaire de cheville (3) donc sans contact du talon au sol. En appui unipodal et en début d'appui bipodal terminal on remarque une absence d'extension de genou (4). En effet, l'absence de flexion dorsale de cheville (5) rend difficile voire impossible

l'extension de genou en présence d'un flexum de hanche.

-L'analyse cinétique montre de manière très nette, au niveau du genou, le moment interne de flexion (6), généré par la spasticité des ischio-jambiers, voire la rétraction de ces muscles et du complexe capsulo-ligamentaire. On observe également un moment interne de flexion plantaire accru (7) en phase d'appui du fait de la spasticité du triceps sural (8) (Fig. 2 et 3).

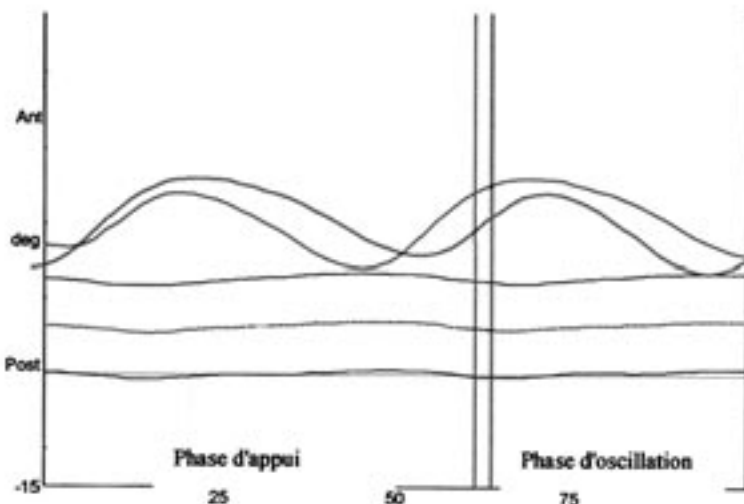


Fig. 1. Analyse cinématique du bassin : bascule antéro-postérieure au cours d'un cycle de marche

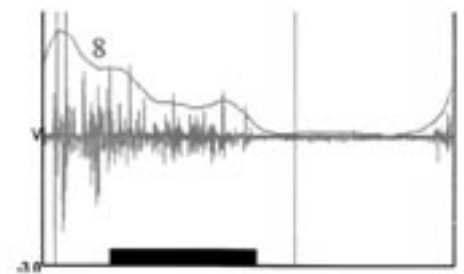


Fig. 3. EMG de surface du muscle gastrocnémien medial droit

L'enfant présentant un syndrome de Little, pour être amélioré dans sa marche, doit avoir une prise en charge multiétagée car, comme nous le met en évidence l'AQM, chaque articulation est dépendante des autres, rendant l'analyse et la prise de décision thérapeutique parfois difficiles.



Le Chirurgien, la Culture et l'Âne

Que réfléchir sur la médecine c'est faire de l'épistémologie sans le savoir.



Michel Rongières (Toulouse)



Michel RONGIERES

Maître de Conférences des Universités en Anatomie
Praticien Hospitalier en Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique
Faculté de Médecine de Toulouse-Rangueil
C. H. U. de Purpan

Actuellement qui s'intéresse à l'Histoire des Sciences ?
Bien évidemment les Historiens :

" A bien regarder, l'épistémologie n'a jamais été qu'historique. Au moment où la théorie de la connaissance a cessé d'être fondée sur une ontologie¹, incapable de rendre compte des nouvelles références adoptées par de nouveaux systèmes cosmologiques, c'est dans les actes même du savoir qu'il a fallu chercher non pas leurs raisons d'être mais leurs moyens de parvenir " ²

mais aussi, les Philosophes, pour qui l'Histoire est l'inévitable fleuve dans lequel la pensée baigne, les concepts se créent pour que ceux-ci tentent de les élucider. Cette philosophie ne peut jamais remonter le fil du courant, mais comme ce flot qui passe de ville en village, de pont en pont, elle éclaire chaque cité d'un génie qui ne peut prétendre à détrôner celui qu'elle donne à la ville suivante, car la philosophie ne fait pas de progrès comme la science.

L'épistémologue est alors comme l'historien, un saumon qui remonte le courant, impatient de retrouver ses sources. Il n'y meurt pas mais s'y repose longtemps pour comprendre ce qui fit que cette eau, à cette époque et à cet endroit précis, fut si pure et son goût si apprécié, que tout le monde se mit à en boire ; puis, qu'un jour, une eau fut déclarée meilleure, ailleurs, moins polluée, plus pure plus à la mode, que sais-je, et fit abandonner la première. Mais il n'en demeure pas moins, que cette eau fut déclarée pure et bonne à une époque donnée. Pour les doctrines scientifiques, c'est à mon sens la même situation

Mais le fleuve est toujours là et les gens et la terre en ont la mémoire, il nous faut alors les interroger, longtemps après, les archives de l'Histoire sont les limons de ce fleuve qui se déposent et ne quittent jamais son lit. Il faut y lire le passé et seulement le passé sans interpréter, ni son aspect, ni ses méandres, ni son odeur, sans lui donner un sens. Le seul sens de l'Histoire est le temps qui passe comme le flot qui s'écoule. Nos révolutions intellectuelles sont des débordements souvent, rarement des inondations, et comme le Nil, elles fécondent notre terre d'intelligence. La grande majorité de nos savants sont comme des pêcheurs à la ligne qui cherchent quelques poissons dans cette immensité. Rares sont ceux qui veulent y plonger vraiment pour en détourner le cours. Les idéologies sont des écumes qui ne se voient qu'à la surface, et passent emportées par le vent. Seule l'eau pure est belle et potable.

Il faut que nous montrions à nos étudiants ce fleuve, que nous leur apprenions à y pêcher par eux-mêmes, à ne plus leur donner du poisson jusqu'à les en écœurer. Nous avons le devoir de leur transmettre le désir de remonter ce fleuve, pour s'y ressourcer, car l'Histoire pour les historiens seuls, la philosophie pour les philosophes seuls, l'épistémologie pour les épistémologues seuls, ne servent à rien.

Que font alors les scientifiques qui se posent quelques questions sur leur discipline, suis-je un scientifique? Qu'est-ce qu'une science? Sur quoi puis-je fonder mes décisions, mes théories, mes actes. Ceux-là font de l'épistémologie sans le savoir. Mais ils sont très peu nombreux.

Les épistémologues célèbres furent surtout des philosophes, Hume, Locke, Berkeley qui était prélat, Descartes, etc... et plus récemment comme Gaston

Bachelard³, Karl Popper⁴, Bertrand Russell ou comme Georges Canguilhem, mais qui furent formés de manière très sérieuse aux sciences mathématiques ou physiques le plus souvent. Il y a ceux qui proviennent de l'Histoire, comme Thomas S. Kuhn et Jacques Roger, le professeur M.D Grmek, qui était médecin mais aussi historien à part entière, ainsi que ses élèves Mmes les professeurs D. Gourevitch et D. Jacquart, historiens des sciences, et qui se refusent à faire de l'histoire sans avoir une réflexion sur l'évolution des idées et des doctrines, plus intéressés par la "Science qui se fait" que par "la Science qui est faite".

Bien évidemment certains scientifiques font leur histoire eux-mêmes comme les anthropologues, les ethnologues, qui par essence ont une discipline constamment éclairée par le regard de l'Histoire ; bien d'autres comme les Physiciens, faisant la Science à un moment donné, peuvent se passer de leur propre histoire et la confier à des Historiens professionnels. Parfois, les historiens

"...supportent mal le regard dirigé par l'épistémologue vers leur discipline [et] ne manquent pas de faire remarquer que, nourrie elle-même d'histoire des sciences, l'épistémologie n'est pas fondée à prétendre rendre plus qu'elle n'a reçue et à réformer en principe ce dont elle procède en fait"⁵

Canguilhem pense même qu'une histoire des sciences "pure" de toute épistémologie ne serait plus qu'érudition et classement chronologique et logique des faits. Une histoire pure d'une science,

"...réduirait la science au champ d'investigation qui lui est désigné par les savants de l'époque, et au genre de regard qu'ils portent sur ce champ" ... " Il s'agit pour elle [l'épistémologie], en déplaçant le pôle de l'intérêt, de substituer à l'histoire des sciences les sciences selon leur histoire"⁶

Le scientifique serait-il donc le seul capable de faire un bon épistémologue, car il saura comparer les travaux d'une même époque, et dire à quel point tel concept ou telle expérience furent déterminantes pour provoquer une rupture épistémologique ; discerner dans son domaine quel sera le bon cheminement discursif et où aboutira la théorie développée par un ou des savants.

1. Le terme d' "épistémologie" a été inventé en 1854 pour s'opposer à " ontologie ". NDLR : épistémologie= étude critique des principes, des hypothèses et des résultats des diverses sciences, en vue de déterminer leur formation, leur valeur et leur portée objective

Ontologie= autre nom de la métaphysique — entendue comme la discipline qui étudie l'Être en tant qu'être, indépendamment de ses déterminations particulières

2. G. Canguilhem. Idéologie et rationalité dans les sciences de la vie. Vrin, Paris, 1977

3. Gaston Bachelard fut le successeur d'Abel Rey, à l'Institut d'Histoire des sciences, et le prédécesseur de Georges Canguilhem âgé de 92 ans.

4. Sir Karl R. Popper fut le premier titulaire d'enseignement d'épistémologie, à la London school of Economics, où il fut invité par Hayek. Il est mort en Novembre 1994 à 92 ans.

5. G. Canguilhem. Idéologie et rationalité. Op. cité, p12

6. Ibid. p. 13





Le Chirurgien, la Culture et l'Âne

Que réfléchir sur la médecine c'est faire de l'épistémologie sans le savoir.

Michel Rongières (Toulouse)

L'historien compare les contenus d'une théorie à partir de sa chronologie historique, à partir du livre de Bachelard *Le matérialisme rationnel*, Canguilhem se méfie du risque qu'il y a à ne pas apercevoir " les événements de la science s'enchaînant et éclairant la pensée de manière récurrente:

*" C'est cet éclairage récurrent qui doit empêcher l'historien de prendre des persistances de termes pour des identités de concepts, des invocations de faits observables pour des parentés de méthode et de questionnement, et, par exemple de faire de Maupertuis un transformiste ou un généticien avant l'heure "*⁷

Le scientifique jugera quelle théorie reste et quelles sont celles qui sont obsolètes, ou fausses. Il ne lui importe pas de connaître la valeur historique d'une théorie, seulement sa valeur scientifique. Toutefois s'il devient épistémologue, il lui faudra être capable d'élaborer une histoire critique de sa discipline en marche.

*"Ou bien se taire sur une science, ou bien en parler de l'intérieur, c'est-à-dire en la pratiquant"*⁸

En Médecine, c'est probablement ce qui aurait tendance à se passer, avec une majorité de médecins, qui, si

certain de la scientificité de leur savoir, considère l'Histoire de leur profession comme obsolète, car inutilisable, trop proche d'un certain traditionalisme:

*" En médecine, comme dans toutes les autres sphères de l'activité humaine, la tradition se voit plus rapidement dépréciée par l'accélération des inventions techniques. Regretter cet état de fait n'est pas nécessairement adopter une attitude réactionnaire..... L'engouement pour le progrès technique privilégie la nouveauté par rapport à l'usage. L'homme retrouve ici, sous une forme savante, une très primitive tactique du vivant, même unicellulaire, celle des essais et des erreurs, mais avec cette différence que la répétition accélérée des essais le prive du temps l'instruction par l'erreur. "*⁹

..traditionalisme que nos jeunes médecins modernes, ne savent pas inclure dans leur culture médicale, parce que leurs maîtres sont incapables de leur enseigner! Il me semble pourtant qu'il est très important d'être médecin¹⁰ pour faire une bonne histoire de la Médecine, ce qui exigera de nous, de travailler aussi avec méthode, comme les " historiens scientifiques " dont parlent Jacques Le Goff¹¹ et Danielle Gourevitch¹². L'enseignement de la médecine néglige de préciser comment un raisonnement doit se structurer pour

devenir une pensée créatrice de théories scientifiques, c'est à dire ce qu'est un raisonnement scientifique, et donc pour nous, quel est le statut épistémologique de la médecine. L'étudiant, le jeune médecin et la majorité de leurs aînés, restent sans conscience de la nécessité de réfléchir sur le statut de leur discipline, de la nécessité de s'auto-évaluer et de donner des bornes et bien sûr des lumières à leur propre pratique. C'est ce qui se passera lorsque l'on discutera du fondement de notre décision médicale qui dans certains cas, avouons-le, est extrêmement discutable, et souvent sans fondement du tout. Ceci est la cause d'un certain manque de sens de la responsabilité, qui en médecine engage la vie de nos patients et entraîne les médecins devant les juges. S'interroger sur son acte technique, c'est faire acte d'épistémologie, c'est donc être responsable.

*" Reconnaissons le fait. Il n'existe aujourd'hui aucune qualification de compétence dans l'énoncé et la prescription de règles destinées à contenir, dans des limites incontestées par la conscience morale, l'audace thérapeutique que les nouvelles techniques médicales et chirurgicales changent si aisément en témérité. "*¹³

7. Ibid, p. 21

8. G. Bachelard

9. G. Canguilhem, *Médecine, thérapeutique, expérimentation, responsabilité* 1959. in " *Etudes d'Histoire et de Philosophie des sciences* " p. 384, Vrin, 1983

10. Karl Popper était physicien, comme Th. Kuhn, Canguilhem est médecin, J. Ch Sournia et M. Grmek sont médecins

11. J. Le Goff. Pour un autre Moyen Age. TEL Gallimard

12. D Gourevitch. Leçons méthodologiques. Ellipses.

13. G. Canguilhem. Idéologie et rationalité. Op. cité, p. 386

Annonces des Réunions

3-7 décembre 2003

Coronado Island Marriott. San Diego, California

SYMPOSIUM INTERNATIONAL

D'ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE

Chairman : Charles T. Price, M.D.

<http://www.PedsRef.org>.

5-6 mars 2004

Izmir, Turquie

Turkish society for pediatric thorax

MINIMALLY INVASIVE REPAIR OF PECTUS EXCAVATUM

<http://www.pediatriktoraks.org/pages/3/index.htm>

11, 12 et 13 Mars 2004.

Bruxelles

35^{ÈME} RÉUNION DU GES

Table ronde : " Stratégie Chirurgicale dans le traitement des scoliose idiopathiques en période de croissance et chez l'adulte jeune "

Organisation : Wladyslaw Lokietek.

Renseignements au secrétariat du GES

a.simon@ges.asso.fr

18-19 mars 2004

Toulouse

SÉMINAIRE DU GEOP

Pathologie tumorale maligne osseuse

et des parties molles

Organistaion : J Sales de Gauzy, P Darodes, JP

Cahuzac, P Lebarbier

10-14 mars 2004

San Francisco

AAOS - AAOS ANNUAL MEETING REGISTRAR

31 mars-3 avril 2004

Genève

23^{ÈME} RÉUNION DE L'EPOS

"Back pain in childhood and adolescence"

Chairman : André Kaelin

www.EPOS2004.ch

www.sympporg.ch

6300 N. River Road - Rosemont, IL 60018-4262 USA

10, 11 et 12 juin

Nantes

37^{ÈME} RÉUNION DE LA S00

Président : Dominique Mouliès

Renseignements : jocelyne.cormier@wanadoo.fr

17-18 juin

Edimbourg

" MATCH RETOUR " FRANCO-BRITANIQUE

13 au 16 octobre 2004

Marseille

EUROPEAN RESEARCH AND EDUCATIONAL MEETING IN PAEDIATRIC ORTHOPAEDICS

Cours d'orthopédie pédiatrique en langue anglaise

- traumatologie (embrochage centro-médullaire)

- allongements (travaux pratiques)

Recherche en orthopédie pédiatrique

www.mcocongres.com/geop2004

franck.launay@mail.ap-hm.fr





Michel Rongières (Toulouse)

Le problème du jugement sur sa propre histoire

L'épistémologie popperienne nous enseigne la différence entre sciences et pseudo-sciences, comme par exemple la séparation de l'Astronomie d'avec l'Astrologie, celle-ci étant nette actuellement, ce qui n'était pas le cas au temps de Kepler, Tycho Brahe¹⁴, Galilée ou Newton, on ne peut pas étudier historiquement l'une sans l'autre, de même pour l'Alchimie, discipline féconde pour la Chimie du XVIII^{ème} siècle. Fondamentalement, il nous importera de ne pas juger l'Histoire, de ne pas juger les savants et de ne pas porter de jugement, en général, sur l'aveuglement de certains penseurs qui, à certaines époques, ont eu du mal à percevoir la simplicité de certains phénomènes¹⁵

C'est en cela que j'insisterai beaucoup sur le fait que nos jeunes collègues médecins ont tendance maintenant à penser que tout ce qu'ils savent et tout ce qu'on leur a enseigné est directement l'héritage de découvertes récentes. Pour eux la médecine n'a pas d'histoire, ou tout au plus une préhistoire, qui leur permet de prêter serment selon Hippocrate, ou ce qu'ils croient être Hippocrate, tout en tirant le plaisir quasi ésotérique de faire partie d'une confrérie mystérieuse, triste reliquat des intronisations et autres initiations d'une autre époque. Mais d'Hippocrate, point de savoir. Cette façon de penser est, appliquée à la médecine, un exemple de culte absurde du modernisme, parce qu'il est pour ces jeunes médecins un jugement sur leur passé qu'ils ne connaissent pas. Lorsque nous leur enseignons correctement cette histoire, ils nous demandent pourquoi nous ne l'avons pas fait plus tôt. Après un cours intitulé "Épistémologie et Médecine", les étudiants en médecine de PCEM1 m'ont dit " enfin on nous parle de Médecine "

Le médecin, sans connaissance de l'Histoire de sa discipline, est comme déraciné, privé de ses sources. Tout irait bien s'il pouvait voir, fier de ses connaissances, sûr de sa puissance d'agir, un avenir radieux dans l'efficacité de la médecine qu'il rêve de pratiquer, mais voilà que des nouvelles maladies et des problèmes économiques, juridiques et éthiques viennent assom-

brir l'horizon. Alors le médecin sans racine a peur, l'autre, celui qui sait que cela a toujours été ainsi, est inquiet mais agira pour surmonter en " toute connaissance de causes "

On ne peut pas comprendre ce qui se passe et ce qui se passait sans se référer à un modèle théorique. Je prendrais donc celui de Th. S. Kuhn qui a développé le concept de Science normale, qui défend l'idée que la science évolue de façon progressive, avec un partage des paradigmes¹⁶ ambiants par la majorité des spécialistes d'une discipline donnée. Le progrès semblant se faire par révolutions scientifiques¹⁷ ou par rupture épistémologique au sens de Bachelard.

Ceci n'empêcha pas bien sûr certains scientifiques d'être particulièrement en avance sur la mentalité de leur temps, souhaitant échapper même à la pression paradigmatique de l'époque dans laquelle ils vivent, c'est le cas pour Fracastor qui ne fut pas écouté

*"...pour qu'un objet soit accessible à l'analyse, il ne suffit pas de l'apercevoir. Il faut qu'une théorie soit prête à l'accueillir"*¹⁸

Mais ce fut vrai pour Harvey, Darwin, Bichat, et les précurseurs de Pasteur et beaucoup plus récemment pour ne prendre que cet extrême, et semblant pouvoir échapper à la notion de rupture épistémologique, Albert Einstein.

On sait qu'il fut assez difficilement accueilli à l'époque où il développa sa théorie de la relativité générale, il était totalement hors de son temps, voire même, pour certains, sa relation à l'histoire reste discutable¹⁹...l'idée de Relativité semble chaque fois liée davantage à ce qui la suit qu'à ce qui la précède. Vision novatrice, elle éclaire son propre chemin et même dans une large mesure, en définit les méandres et en détermine l'approfondissement²⁰

Pour Jacques Roger et Mirko Grmek, la théorie d'Harvey²⁰ est typiquement une théorie très en avance,

en dehors de son temps. Tous ces savants lumineux qui produisent des sauts épistémologiques très importants, sont les héritiers de la science normale en marche, en ce sens qu'ils ont fait la synthèse des connaissances des époques précédentes et se rendent compte à un moment donné, que, même en introduisant des hypothèses "ad hoc" dans une théorie en vogue et acceptée par tous, ces hypothèses ne suffiront plus à immuniser la théorie et qu'il faudra la faire exploser pour la remplacer par une autre, voire dans certains cas, l'inclure comme théorie limite dans la nouvelle conception plus générale et englobante. Jacques Roger²¹ parlant de cette tendance à juger le passé, écrivait:

"la pratique de la science moderne peut souvent aider à la compréhension du passé de la science, mais elle risque toujours d'interpréter ce passé à la lumière d'une situation moderne et en fonction d'un idéal mythique, deux dangers dont l'historien doit autant que possible se garder"

Mais ces révolutions scientifiques qui nous impressionnent ne le furent pas toujours au plan " historique", en effet, elles le sont pour nous, et a posteriori, mais elles ne le furent pas à leur époque. La réception du darwinisme fut moins celle d'une révolution, par sa valeur informative et explicative au sens popperien, que celle d'un scandale au sens social par son contenu et sa remise en question de l'homme espèce supérieure, dans des esprits engoncés dans des mœurs qui sont étrangères parce que celles d'un XIX^{ème} siècle d'érudition certes, mais d'hypocrisie bien pensante souvent:

*" Il nous semble que cette fracture est à peine repérable à l'époque du darwinisme et que, si elle l'est c'est sous l'effet récurrent de séismes ultérieurs, la constitution de la génétique et de la biochimie macromoléculaire"*²²

14. Issu d'une famille noble danoise qui le destinait à la diplomatie il préféra les mathématiques, l'astronomie, l'alchimie et l'astrologie. En 1599, il devint mathématicien attitré du Saint Empire Germanique et résida à Prague. Kepler fut alors son assistant (NDLR)

15. C'est ce que montre en particulier Mirko Grmek, lorsque surpris de l'époque tardive à laquelle la circulation a été comprise et démontrée, ne porte aucun jugement sur ce phénomène, mais tente de comprendre pourquoi, en se plaçant à la portée intellectuelle de ces mêmes savants, et des mentalités de l'époque. Lire "La première révolution biologique" Payot, 1990

16. La notion de paradigme en épistémologie utilisera le concept de méthode et théorie scientifique globalement partagée et comprise par les savants d'une époque donnée et reviendra en fait au concept que Lucien Febvre appelait "l'outillage mental d'une époque".

17. Th. S. Kuhn. La structure des découvertes scientifiques. Flammarion, Champs n° 115, 1983

18. F. Jacob. La logique du vivant. Tel, Gallimard

19. M.A Tonnelat. L'Histoire du principe de relativité, Paris, Flammarion, 1971

20. De motu cordis, trad. Ch Richet, Ch. Bourgeois, Épistémé, 1991.

21. Jacques Roger, Les sciences de la vie dans la pensée française du XVIII^{ème} siècle, 1987, Albin Michel - Collection Evolution de l'humanité - p 22

22. G. Canguilhem. Idéologie et rationalité. Op. cité, p. 24





La formation en Orthopédie Pédiatrique

R. Kolher – D. Moulies

I – La formation au cours du deuxième cycle des études médicales – L'abandon du classique certificat de chirurgie pédiatrique.

Pour le 2^{ème} cycle, la réforme du DCEM de 2001 a redéfini le contenu des programmes (cf. BO du 30 août 2001). Ainsi 345 items ont été définis, regroupés pour certains en 11 "modules transdisciplinaires".

Cette réforme abandonne donc la classique organisation en Certificats de Spécialités que nous connaissons.

Parmi ces items, certains relèvent à l'évidence d'une participation conjointe des enseignants d'orthopédie adulte et d'orthopédie pédiatrique. Les responsables pédagogiques (au sein des collèges) se concertent pour établir ces liens et fournir aux étudiants des questions homogènes, évitant les redondances. Citons par exemple :

- tumeurs osseuses, primitives et secondaires (item 154)
- infections ostéoarticulaires – discospondylite (item 92)
- polytraumatismes (item 201) qui relèvent de ces 2 collèges.

À côté de ceux-ci, d'autres items d'orthopédie relèvent du seul collège de chirurgie pédiatrique (isolément ou en concertation cette fois avec le collège de pédiatrie). On comprend la difficulté de cette demande et le caractère parfois artificiel de ces découpages ; il est toutefois souhaitable de poursuivre cette réflexion jusqu'à l'élaboration finale de documents de qualité, parfaitement adaptés à l'esprit du 2^{ème} cycle. Il n'est pas inutile de le rappeler ci-après en citant l'introduction du BO :

"...les enseignements ne doivent pas chercher à couvrir l'ensemble des champs disciplinaires mais doivent considérer comme essentiel ce qui est fréquent ou grave ou constitue un problème de santé publique et ce qui est cliniquement exemplaire. Il revient aux enseignants de spécifier et de différencier ce qui appartient au 2^{ème} cycle de ce qui relève du 3^{ème} cycle au cours duquel est acquise la professionnalisation..."

Pour chacun de ces items, les collèges ont rédigé des "objectifs pédagogiques" qui sont le cœur du contenu de cet enseignement.

Pour la chirurgie pédiatrique les responsables de ce travail au sein du collège sont J.M. ROGEZ, G. PENNEÇOT, D. MOULIÈS, R. KOHLER.

II – Comment devenir Orthopédiste Pédiatre : programme du 3^{ème} cycle.

La formation du Chirurgien Orthopédiste Pédiatre a lieu pendant l'internat et le clinicat et se prolonge par une formation permanente.

Le collège de Chirurgie Pédiatrique organise l'enseignement au niveau national avec un responsable par région et par ville de CHU. Ainsi chaque chirurgien orthopédiste pédiatre en formation est pris en charge

par un responsable local PU-PH qui assure un tutorat. Deux voies sont possibles pour obtenir la formation :

- le DES d'orthopédie avec ses stages et sa formation complétée par une formation d'orthopédiste pédiatre
- le DES de Chirurgie Pédiatrique avec sa filière orthopédique.

Seule cette dernière peut conduire au diplôme et à la spécialité de Chirurgien Pédiatre exclusif.

1 - La formation pratique :

La maquette de l'organisation des stages de chirurgie pédiatrique comporte dix semestres dont deux semestres de post-internat.

Il est recommandé pendant l'internat d'accomplir quatre semestres de Chirurgie Pédiatrique et six semestres de Chirurgie Adulte.

Les stages sont désignés sous le terme "unité de valeurs".

Pour tous les chirurgiens pédiatres, trois unités de valeurs sont obligatoires (chirurgie viscérale pédiatrique, chirurgie orthopédique générale pédiatrique, traumatologie).

Pour la formation des chirurgiens orthopédistes pédiatres, quatre unités de valeurs sont obligatoires : pathologie du rachis, neuro-orthopédie, chirurgie onco-orthopédique, chirurgie plastique et reconstructrice.

Une unité de valeur est optionnelle au choix du candidat parmi toutes les spécialités chirurgicales intéressant le chirurgien pédiatre : thorax, neurochirurgie, ORL, plastique, brûlés...

Nota Bene :

La réforme au cours du 3^{ème} cycle (à commencer par l'examen national classant qui va remplacer dès 2004 le classique concours de l'internat) modifiera sans doute les maquettes actuelles, basées sur un DES de chirurgie générale puis un DESQ de spécialité. En particulier, il faudra mieux articuler les 2 formations :

- un orthopédiste adulte doit certainement être "exposé" à la chirurgie pédiatrique (c'est souvent le cas mais ce n'est pas encore obligatoire)
- un orthopédiste pédiatre, de la même façon, doit connaître les fondamentaux de chirurgie pédiatrique viscérale (en particulier pour l'urgence) et d'orthopédie adulte (ne serait-ce que pour une éventuelle réorientation professionnelle future).

2 - La formation théorique :

L'enseignement est réalisé sous forme de compagnonnage mais aussi de manière formelle à l'échelon du service, de la région et pour l'ensemble des internes en formation sous forme de séminaires nationaux (cf. III) :

a) Sous la direction de son tuteur, l'interne tient à jour un livret sur lequel sont inscrites les interventions chirurgicales auxquelles il participe.

b) Pour valider chaque unité de valeur, l'interne doit participer au staff de chaque service, présenter des

dossiers, des exposés théoriques et pratiques, participer aux séances de bibliographie, à la rédaction d'articles.

c) À l'échelon régional, le coordinateur organise les séminaires de la spécialité une à deux fois par an, le plus souvent à l'occasion de l'examen du DESC d'orthopédie.

3 - Examens et diplômes :

Seule la voie de la Chirurgie Pédiatrique peut donner accès à la spécialité de Chirurgien Pédiatre exclusif. La formation et les diplômes peuvent être obtenus par la voie de la Chirurgie Orthopédique adulte en associant des stages de chirurgie pédiatrique. Les connections entre les deux spécialités sont formalisées et reconnues et la chirurgie orthopédique pédiatrique est aussi enseignée de manière obligatoire aux orthopédistes se destinant au DESC d'orthopédie générale.

L'examen du DESC de chirurgie pédiatrique orthopédique a lieu à l'échelon régional sous forme d'une présentation de mémoire original et de commentaires d'un cas clinique.

III – La formation continue

Les manifestations nationales d'Orthopédie Pédiatrique sont fréquentes, elles ont toutes un intérêt pédagogique (la participation des internes est vivement conseillée par le jury du DESC). Elles s'adressent bien sûr aux orthopédistes pédiatres mais aussi aux orthopédistes d'adultes, soucieux d'approfondir leurs connaissances dans ce domaine. Le GEOP y tient une place éminente pour leur organisation.

- Un **Séminaire d'enseignement du GEOP** existe depuis presque 30 ans. Chaque année en mars un thème est traité (et fait l'objet même maintenant d'une réactualisation). Ce séminaire se concrétise en un livre, mise au point faisant référence. L'enseignement et la rédaction de ce livre sont assurés par les enseignants de chirurgie pédiatrique. À titre d'exemple les 5 derniers thèmes :

- Du symptôme au diagnostic
- Le pied de l'enfant
- Fractures de l'enfant
- Pathologie épiphysaire
- Tumeurs malignes

Cette collection contribue à donner à l'orthopédie pédiatrique française son originalité.

- **Séminaire d'Enseignement Européen** en langue anglaise se déroulant en zone sud d'une durée de deux jours, où sont traités trois à quatre sujets.

- **Séminaire de Recherche en Orthopédie Pédiatrique** : manifestation biennale unique en Europe qui permet aux internes et aux chefs de clinique d'exposer leurs travaux de recherche en cours (DEA, Thèse de sciences).





R. Kolher – D. Moulies

- **Réunion annuelle de la Société Française de Chirurgie Pédiatrique** : réunion officielle de la Société Française de Chirurgie Pédiatrique regroupant toutes les spécialités de la discipline. Deux jours sont consacrés à la chirurgie orthopédique et quatre conférences d'enseignement sont dédiées aux juniors avec tables rondes pédagogiques, présentations de dossiers et posters.

- **Réunion annuelle du Groupe d'Etudes en Orthopédie Pédiatrique (GEOP)**, manifestation ouverte et offerte aux orthopédistes pédiatres en formation. Cette journée consacrée à des dossiers et à des cas cliniques très pratiques réunit tous les membres du GEOP. Elle prend sa place lors des "journées des spécialités" pendant le congrès de la SOFCOT.

- **Congrès annuel de la Société Française d'Orthopédie et Traumatologie**. Ce congrès qui est la plus grande manifestation d'orthopédie en Europe consacre une demi-journée aux communications de Chirurgie Pédiatrique Orthopédique et fait une grande place à l'enseignement de cette spécialité en proposant quatre conférences d'enseignement en orthopédie pédiatrique dont l'accès est gratuit (conférences publiées dans les Cahiers d'Enseignement).

- **Manifestations intéressants l'Orthopédiste Pédiatre:**

- Séminaire annuel sur l'analyse de la marche
- Réunion annuelle du Groupe d'Etude et de Recherche sur l'infirmité motrice d'origine cérébrale
- Congrès de l'European Pediatric Orthopedic Society (E.P.O.S): réunion officielle de tous les orthopédistes pédiatres européens, véritable manifestation phare qui attire une grande majorité de seniors et de juniors anglo-saxons avec une forte représentation de chirurgiens orthopédistes français

- **Séminaire paramédical du GEOP** (depuis 10 ans, calqué sur le modèle du séminaire d'enseignement national) obéit au même esprit, insistant sur la formation de nos collaborateurs paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc...). Là encore la participation des enseignants de chirurgie pédiatrique est importante.

IV – Sources documentaires

* *Plusieurs revues ou collections de monographies :*
- La Revue de Chirurgie Orthopédique publie quelques travaux d'orthopédie pédiatrique.
- Le "Journal of pediatric orthopedics" (A et B)
- Les "Conférences d'Enseignement de la SOFCOT" (Elsevier) et de nombreuses monographies à thème
- Les "Monographies du séminaire du GEOP" (Sauramps)
- La collection "Pathologie locomotrice" (Masson)

* *Un petit livre vient d'être publié :* "La Bibliothèque idéale de l'orthopédiste pédiatre" (R. KOHLER – A.F. VALMALLE) qui indique les principales sources d'informations disponibles pour notre spécialité (livres, monographies, revues, etc...). Il est classé selon les pathologies ou les organes. Les travaux du GEOP y tiennent, bien sûr, une large place.

Adresses à retenir :

- Groupe d'Etude d'Orthopédie Pédiatrique
Secrétaire : Professeur DE BILLY
Service de Chirurgie Pédiatrique
CHU de Besançon

- Collège Français de Chirurgie Pédiatrique
Professeur G. F. PENNEÇOT
Service d'Orthopédie Pédiatrique
Hôpital Robert DEBRE à Paris.



Le livre est un support merveilleux de la connaissance. Tout est dans les livres, et cela reste vrai à l'heure de l'Internet. La Communication est essentielle aujourd'hui, mais c'est le livre qui transmet les idées.

Il faut se comprendre et se respecter. Depuis presque 30 ans, le GEOP (Groupe d'Etude en Orthopédie Pédiatrique) a permis aux Orthopédistes Pédiatres Francophones d'avoir une base de connaissances commune, un forum d'idées et d'enseignement annuel, ainsi qu'une communication honnête, amicale, intelligente et "œcuménique" pour le bien des petits patients et de leurs parents.

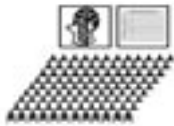
Depuis 1988 les livres du GEOP (éditeur Sauramps Médical) illustrent tout cela. Mais l'Orthopédie Pédiatrique est mondiale, alors quels livres choisir ?

Il faut très vivement remercier les auteurs de nous proposer un itinéraire bibliographique aussi riche, indispensable à tous ceux qui veulent se former et se perfectionner en Orthopédie Pédiatrique. C'est le bon guide, qu'il faut suivre au début ; ensuite la liberté existe (c'est ce qu'il y a de plus difficile à gérer !)

Les "Pères Fondateurs" du GEOP ainsi que nos Maîtres, seront certainement, comme nous, ravis de cette initiative qui met à la disposition de tous un très bon outil, bien dans l'esprit de ce groupe, destiné à des Chirurgiens Orthopédistes Pédiatres, Artisans de qualité.

Bonne lecture, Amicalement
Jean Michel ROGEZ - Président du GEOP (2002-2003)





L'american Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine : une famille d'experts

au service de l'enfant "différent"

Ismat Ghanem (Beyrouth – Liban)

Fondée en 1947, l'American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine, plus communément connue sous AACPDM a tenu depuis sa naissance un congrès annuel, le plus souvent dans une ville américaine différente. Bien que centrés sur le handicap d'origine neurologique, et en particulier l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMC), ces congrès couvrent la majorité des déficiences neurologiques, orthopédiques ou neuro-orthopédiques, de quelle origine qu'elles soient.

D'une fréquentation au début dominée par les physiothérapeutes, ils ont commencé depuis une vingtaine d'années, à prendre un caractère plutôt multidisciplinaire, où se rencontrent tous les spécialistes prenant en charge l'enfant handicapé, "différent" comme ils préfèrent l'appeler. Orthopédistes, pédiatres, neurologues, neurochirurgiens, urologues, pneumologues, cardiologues, ophtalmologues, ORL, dentistes, physiothérapeutes, ortho-prothésistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues, ... (la liste est longue), se déplacent des quatre coins du monde pour échanger leurs expériences, leurs opinions et leurs soucis, concernant les multiples problèmes de l'enfant "différent" et leur prise en charge.

Le congrès se déroule dans plusieurs salles en même temps (dans le même esprit que l'AAOS), chacune accueillant une spécialité différente. Depuis la présidence du Professeur Mike Sussman du Shriners Hospital à Portland – USA il y a quelques années, la partie du congrès consacrée à l'orthopédie pédiatrique a augmenté. Il n'en reste pas moins qu'un orthopédiste pédiatre, non seulement peut enrichir et partager ses connaissances des problèmes orthopédiques inhérents aux handicaps moteurs, mais peut également choisir par exemple, d'assister à une conférence sur "la différence entre dystonie, spasticité, et rigidité" (l'une des conférences d'enseignement cette année) et apprendre pourquoi cette distinction est si importante dans la prise en charge de l'enfant IMC.

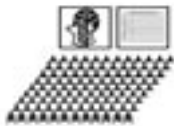
Le congrès se tient en général la deuxième semaine de septembre, et s'étend sur trois jours et demi. La première demi-journée a lieu l'après-midi du mercredi, et consiste en une journée de "spécialité", couvrant en général trois sujets (dont un orthopédique) dans trois salles différentes. Le thème orthopédique de cette demi-journée pour cette année était "The limb deficient child" ou "l'enfant avec déficience de membre". Cela a consisté en plusieurs conférences d'enseignement, couvrant tous les aspects des anomalies congénitales

majeures des membres inférieurs de l'enfant : réalités et perspectives orthopédiques, physiothérapeutiques, ortho-prothétiques, Les trois jours suivants se ressemblent dans leur structure : ils commencent à 7 :00 du matin par une session appelée "Petit déjeuner avec les experts", qui consiste en une discussion de cas à problèmes, préparés à l'avance par 2 ou 3 spécialistes experts en la question, qui mènent le débat et font participer l'audience. Le reste de la journée comprend des communications libres, des conférences d'enseignement et des "face-à-face". A titre indicatif, les deux face-à-face à intérêt orthopédique pour cette année étaient :

- 1- Le laboratoire d'analyse de la marche : un test indispensable ou un outil agréable ?
- 2- Toxine botulinique A : panacée ou simplement en vogue ?

En somme, ce congrès de l'AACPDM, peu connu et très rarement fréquenté par les francophones, est une découverte intéressante et surtout très enrichissante, méritant d'être explorée par tous les membres du GEOP. Nous devons y être plus largement représentés.

Allons-y nombreux.



France-Maroc à Marrakech

Le jubilé de JPP

La rencontre amicale France-Maroc fut l'occasion d'honorer la carrière de JPP.



Si le jubilé du fameux buteur "marseillais" Jean Pierre Papin a déjà été célébré avec faste, celui de notre Jean Paul Padovani national n'eut rien à lui envier.

Après une excellente préparation physique dans les gorges du Todra et la vallée du Dadès, l'équipe française, emmenée par son tonitruant entraîneur JM Rogez, disputa un match de grande qualité, à Marrakech, face à une très vaillante formation marocaine.

Le clou de la rencontre fut sans conteste, avant même que ne soit donné son coup d'envoi, la remise de la "coupe" à JPP par les autorités marocaines. Une juste récompense pour cet infatigable milieu de terrain, stratège et technicien hors norme, et au cœur gros comme ça.

Composition de l'équipe de France :

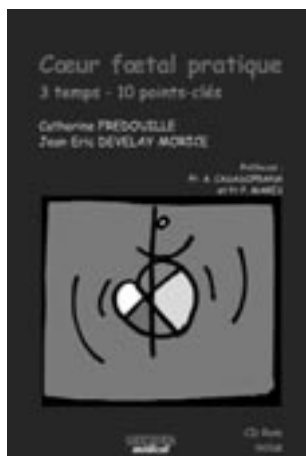
Badelon, Chapuis (tranfuge de l'équipe de France féminine), Daussange, De Billy (capitaine), De Courtivon, Desgrippes, Filipe, Glorion, Griffet, Jacquemier, Kohler, Lascombes, Morin, Padovani, Parent, Peeters (prêté par l'équipe des Diables Rouges), Rogez (entraîneur)

Prochaine rencontre amicale du groupe France : les Lions Britanniques en Ecosse....ce sera dur !!!



JPP venant de recevoir sa médaille des mains du Pr Harouchi - (Collection M Jacquemier)





CŒUR FŒTAL PRATIQUE

Catherine FREDOUILLE, Jean-Eric DEVELAY-MORICE

ISBN : 2 84023 350 9 - 2003

180 pages, nombreuses images, CD Rom inclus

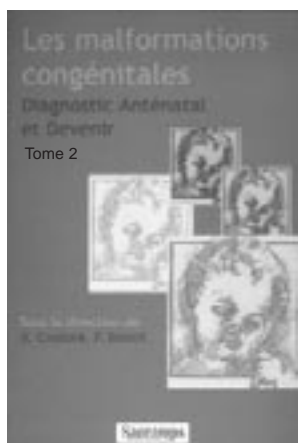
Prix : 61 €

Cet ouvrage, destiné à tous ceux qui se forment ou qui pratiquent déjà l'échographie a pour but principal la simplification et l'optimisation de l'examen du cœur fœtal. En effet, cet organe, considéré comme d'abord difficile en échographie, est sans doute le meilleur signe d'appel en pathologie fœtale.

Cet ouvrage d'un format prévu pour tenir dans la poche, est le fruit de la complémentarité des deux auteurs.

Le Dr C. Fredouille, gynécologue, venue à la Fœtopathologie par l'échographie fœtale a particulièrement travaillé sur les corrélations écho-anatomiques. Elle a pu tester 10 points-clés comme nécessaires pour affirmer la normalité du cœur.

Le Dr J-E Develay-Morice, échographiste pratiquant aussi la Fœtopathologie, a vérifié en pratique les meilleures incidences et les meilleurs réglages pour visualiser ces points clés quelles que soient les circonstances.



LES MALFORMATIONS CONGÉNITALES

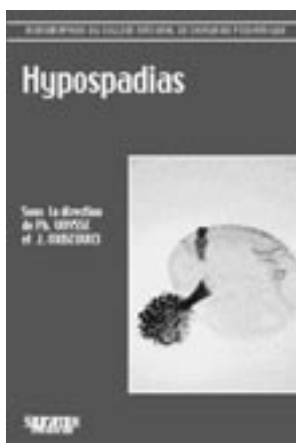
Diagnostic anténatal et Devenir

Couture, Boulot

2003 - TOME 2 - 2 84023 353 3 - Ouvrage quadri, 278 pages

Prix : 60 €

Extrait du sommaire : DE LA DYSMORPHOLOGIE AU DIAGNOSTIC - Le syndrome de Cornelia de Lange - Le syndrome de Charge - Le rôle du généticien consultant. - LES TUMEURS FŒTALES ET NÉONATALES - Les masses supra-rénales : du nouveau-né au fœtus - Les tératomes sacro-coccygiens : Imagerie - Les tératomes sacro-coccygiens : Chirurgie - Les tumeurs hépatiques - Les tumeurs vasculaires : du fœtus au nouveau-né. - Les kystes abdominaux : du nouveau-né au fœtus - LA FOETOPATHOLOGIE - La nouvelle foetopathologie : du phénotype au génotype - Emotion des parents et pratiques professionnelles - La prise en charge du diagnostic. Le point de vue : De l'obstétricien- Du foetopathologiste - Du radiopédiatre - De l'anatomopathologiste - Du généticien - LA FOSSE POSTÉRIEURE - Embryologie moléculaire et cellulaire de la fosse postérieure - Kystes arachnoïdiens de la fosse postérieure - Apport de l'IRM dans le diagnostic anténatal des lésions clastiques du cervelet - Classification et pronostic des malformations de la fosse postérieure - LES AMBIGUITÉS SEXUELLES - La prise en charge pédiatrique - L'imagerie fœtale : jusqu'où ? - L'imagerie néonatale - La chirurgie - Quel devenir à l'âge adulte ? - LES NOUVELLES MÉTHODES D'IMAGERIE FŒTALE - RM fœtale : du rêve à la réalité - Scanner tridimensionnel et squelette fœtal : utile ou nocif - Les vrais enjeux de l'imagerie anténatale des fentes labio-maxillo-palatines - Le 4D cardiaque : nouvelles applications - LES EXPERTS SUR LE GRILL - Echographie Anténatale - Obstétrique - Chirurgie Pédiatrique - Génétique - Expertise maladies osseuses constitutionnelles - Pédiatrie-dysmorphologie



HYOSPADIAS

Vaysse, Moscovici

2003 - 2 84023 351 7

Prix : 40 €

- Organogénèse et anatomie chirurgicale de la verge
- Approches actuelles de l'anatomie et de l'étiopathogénie des hypospadias et leurs implications chirurgicales
- Epidémiologie de l'hypospadias
- Etiologies des hypospadias
- Investigations chez un enfant présentant un hypospadias - hypospadias et intersexualité - Malformations associées
- Conséquences de l'hypospadias - Les raisons et le moment de la correction
- Courbures de verge et hypospadias - Evaluation et correction
- Les Balanoplasties et autres techniques sans urèthroplastie pour le traitement des hypospadias distaux

- Reconstruction urétrale avec tissus de la face spongieuse de la verge. Duplay et gestes associés (Spongioplastie, Snodgrass)
- Reconstruction urétrale : urèthroplastie - Mathieu et variantes
- Chirurgie - Reconstruction urétrale - Autres techniques
- Urèthroplasties utilisant le prépuce
- La reconstruction urétrale par greffes libresA
- Les techniques nouvelles d'urèthroplastie - Biotechnologie et "Tissue Engineering"
- Réparation des enveloppes de la verge. Reconstructions des plans cutanés et sous-cutanés
- Soins péri-opératoires : antibiotiques, drainage, pansement, surveillance postopératoire
- Indications thérapeutiques chez un enfant porteur d'un hypospadias
- Les complications de la chirurgie de l'hypospadias
- Evaluation et suivi fonctionnel des enfants opérés d'un hypospadias

M. SOULIÉ, R. MIEUSSET





LE CRANE DU NOUVEAU NE des contraintes fœtales et leurs enjeux neurologiques aux répercussions chez l'adulte

Roselyne LALAUZE-POL

ISBN : 2 84023 350 9 - 2003

1024 pages, 1000 illustrations, 2 Tomes

Prix : 150 €

Cet ouvrage s'adresse plus particulièrement aux acteurs de la périnatalité : obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices pour compléter leurs connaissances du crâne osseux et ses implications neurologiques, aux orthopédistes et kinésithérapeutes pédiatriques pour l'implication des déformations crâniennes et leurs corollaires sur le tonus dans les pathologies orthopédiques infantiles, enfin aux ostéopathes, médecins et non médecins, pour élargir leur champ de connaissance des dysmorphismes crâniens (nouveau-né, enfant, adulte).

Cet abord pluridisciplinaire peut optimiser la prise en charge de certaines pathologies néonatales et leurs conséquences chez l'adulte.

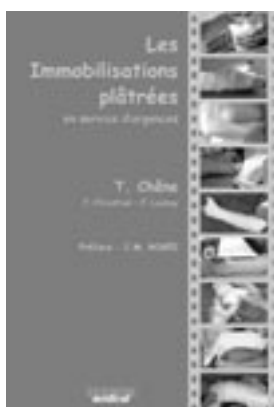
Un livre indispensable

à tout service d'orthopédie

Les immobilisations plâtrées

en service d'urgences

Th. Chêne - P. Chrestian - F. Launay



ISBN : 284023 338 x - 2003

160 pages, impression 4

couleurs

Prix : 46 €

Ce livre est le fruit d'une longue expérience pratique.

La confection des plâtres d'immobilisation en urgence correspond à une série de techniques spécifiques alliant connaissances théoriques et pratiques, auxquelles s'ajoute un certain art du modelage.

C'est un SAVOIR-FAIRE difficilement transmissible.

Par son concept didactique alliant textes brefs et photographiques en regard, ce livre révèle les différents trucs et astuces pour parvenir rapidement à la maîtrise technique.

Il permet à la fois la réalisation des immobilisations urgentes courantes et deviendra rapidement le compagnon indispensable du praticien en formation, mais aussi l'aide-mémoire du praticien plus chevronné contraint à des immobilisations plus inhabituelles (collier cervical, pelvi-pédieux, plâtre thoraco-brachial...)

L'urgentiste, l'interne en chirurgie, le traumatologue, ainsi que les externes et infirmières des services d'urgence l'utiliseront quotidiennement comme un outil de référence.

