

Trabalhos originaes

Métodos de tratamento e considerações sobre o Pé

Torto Varo - Equino Congenito

pelo

Prof. Nogueira Flores

O pé torto, malformação congénita esta que é por demais inquietante e impressionante para os pais que consideram uma criança aleijada, estropiada, pelo que se deve exigir, por via de regra, da parte do cirurgião de crianças, do ortopedista em suma, cuidados imediatos e efficientes. Além disto, a frequência desta variedade, mista, dita — *varo equino congenito* e assim, a sua importância sobe de ponto para o ortopedista que lhe tem merecido muito estudo a respeito, se registrando um numero elevado de casos que já atingem uma cifra de 86 á 90% em comparação com as outras variedades de pé torto.

Assim posto, se faz mister entrar em considerações e fazer comentarios á respeito da tecnica terapeutica de um modo o mais conciso e pratico possivel. Com tudo, releva acentuar que, não obstante os inumeros metodos operatorios existentes não se deve formular esquemas rigidos de indicações de tecnica cirurgica para dest'arte não desvirtuar o papel do clinico, que cabe mais o doente a tratar que a doença a descrever.

O Prof. Potel (de Lille), diz que se unificou paulatinamente a tecnica terapeutica. Cada cirurgião se mantem seguramente fiel a certos processos, a certos aparelhos, ou meios de contenção, porem, o acordo se fez pouco mais ou menos entre a maior parte dos ortopedistas sobre as regras do tratamento.

Vem a proposito citar o judicioso conceito de André Tréves: "l'orthopédie, comme le génie, n'est qu'une longue patience". Reportando-nos ainda aos conselhos praticos do professor Lewis Sayre, dados em suas lições de clinica: "Je reconnais au médecin le droit de délivrer la mère avant de s'occuper du pied bot du nouveau-né, mais il ne quittera pas la maison sans avoir mis un appareil a celui-ci". Ainda, este professor fala em termos mais claros, mais incisivos, ampliando o seu conceito a respeito da assistencia que se deve dar a estas crianças: "dès que vous aurez délivrer la parturiente, qu'elle sera bien installée dans son lit, ne sortez pas de la chambre sans avoir commencé le traitement du pied-bot de l'enfant qui vient de naître. Une semaine, un mois de retard diminuent les chances de guérison."

A proposito diremos o que o ilustrado Professor Barbosa Viana escreve, que “certa vez no Rio de Janeiro aconteceu um parteiro tendo tomado muito a risco o conselho de Sayre, mandou chamar um colega ortopedista para tratar a malformação de um pé torto em um recém-nascido pelas três horas da manhã.”

E’ sabido que o professor Pinard aconselhava aproveitar as manobras obstetricas para endireitar os pés que suspeitava de anormalidade.

Hippocratis, dizia com a sua incomparavel visão clinica que o recém-nascido é semelhante a cêra que se faz mister modelar antes que endureça.

O tratamento precoce que, por via de regra, convem ser praticado sem o exagero da precocidade — *est rebus in modis*, muito embora os pais se impressionem com esta malformação que se torna inquietante. Releva declarar que infelizmente, nem sempre se encontra um bom ambiente da parte da familia e ás vezes dos médicos que deserem dos recursos ortopedicos, adiando o seu tratamento para muito mais tarde.

Tambem é preciso saber-se que é um tratamento que reclama e demanda um longo tempo e muita perseverança da parte do operador.

Lembremo-nos que é a mão, o elemento capital, dirigida com intelligencia, a qual agirá metodicamente e com tecnica, e assim citemos o conceito do Professor Forgue (de Montpellier), “la main vaut plus que toutes les machines.”

O pé varo-equino sofre frequentemente deformações com a idade, é de uma evolução progressiva sem que haja uma relação numerica necessaria entre a idade e o grau desta evolução.

Quando as lesões são inveteradas aparecem, á evidencia, que uma mesma operação de natureza osteoplastica, não poderia convir nas deformações de tipos tão variados.”

Broca fôca o tratamento assentado nos principios gerais em cujas diretivas põe a disposição destes principios:

- 1.º) *As manipulações simples, applicaveis aos recém-nascidos.*
- 2.º) *O endireitamento modelante, que exige a chloroformisação e se experimenta sempre na criança que ainda não caminhou. O esvasiamento dos nucleos ósseos centrais deve ser enquadrado neste metodo.*
- 3.º) *A tarsoclasia, que se pratica com aparelhos especiais, entre todas as idades, nas quais se endireita o pó depois de um verdadeiro esboçamento subcutaneo dos ossos do tarso. Passará em silencio sob este metodo de que não tem experiencia alguma, porque a sua brutalidade o tem sempre repugnado. E 4.º) O metodo sangrento, que prefere ao precedente, é constituído por dois processos: a operação de Phelps, a tarsectomia.*

Ombredanne aprecia sob outros aspectos das deformações, em 3 periodos: 1.º de *reductibilidade*; 2.º de *irreductibilidade relativa*, e 3.º de *irreductibilidade absoluta*.

O 1.º periodo, isto é, de reductibilidade; é primeiramente de reductibilidade completa á mão sem violencia. Este periodo se termina muitas vezes nos 15 dias da vida, póde durar até 12 ou 15 mezes. Póde estar já terminado no nascimento, ainda que o facto seja provavelmente raro. E’ o periodo em que a reducção manual constitue o tratamento de esco-

lha, necessario e sufficiente. Porem *reduzir, nada é, conter é tudo* e a *contenção deve ser continuada durante anos, porque a recidiva da deformação é frequente*. Não deveis e não precisais acusar o médico de ter mal reduzido; não precisais acusar a mãe de ter mal aplicado os dispositivos de contenção. E' comtudo preciso que vos lembreis de uma coisa importante — “a osteogenése” que originalmente é perturbada ao nível do pé torto e que o crescimento ósseo póde continuar a fazer irregularmente na jovem idade, apesar dos cuidados e dos aparelhos.

O 2.º periodo, isto é, de irreductibilidade relativa. Os ossos não podem mais retomar suas relações normais por causa das adaptações, das retrações ligamentosas, tendinosas e aponevroticas. Assim, seccionemos estes freios indesejaveis e a redução se torna facil. E' importante, comtudo, examinar, analisar os elementos em cada um caso particular — *equinismo e aducção*.

Equinismo — Encontra-se ainda sua melhor correcção no alongamento do tendão de Aquiles. Muitas vezes e não obstante isto, é medio-cormente corrigido, quando se trata de pés de *face plantar côncava, de calcanhar levantado em cauda de scorpão*.

Aducção — E' a aducção do eixo do metatarso anterior sobre o calcanhar e que deveis saber será bem corrigido pelo classico metodo de Phelps — Kirrison. E' para evitar a brécha interna desta operação que Ombrédanne regrou a tarsectomia cuneiforme por transplante, muito inspirado nas osteoplastias de Albee.

Diz este professor que a cuneiforme por transplante actúa quasi exclusivamente tambem na aducção do metatarso e na acodadura dos eixos.

Em nenhuma destas duas boas intervenções tem porem ação efetiva contra a supinação. Ora, ha casos entre os quais o equinismo e tambem a aducção representam pouca coisa, são de somenos importancia, porque a supinação é quasi tudo, constitue por si só quasi toda a lesão. E' nestes casos que não deixam de ser raros e assim as duas operações prece-dentes são insuficientes.

Anzoletti e posteriormente o professor Nové-Josserand aconselharam a secção combinada do ligamento lateral interno da tibio-tarsica, dito ligamento deltoideo e a secção simultanea do tendão do tibial posterior. Ombrédanne fala que se póde obter o mesmo resultado e com mais segurança ainda seccionando-se o maleolo interno em sua base. Este professor assim fundamenta e conclue a sua terapeutica cirurgica que reputamos racional, com o caso da fratura dita de Dupuytren que, como sabeis, é encontradiga no adulto e na qual o pé tende a se voltar para fóra em vista da ruptura do maleolo interno. E não é pois, este mesmo disturbio do pé para fóra que procura provocar o desarranjo congenito no caso, fazendo dest'arte ir para dentro e constituindo a supinação?

Um *pé congenito varo direto*, na opinião deste professor, é justificavel da maleotomia interna que parece ser sufficiente, sinão necessaria. Porem na forma complexa, á mais habitualmente do pé dito varo-equino congenito, a maleotomia interna não encontra sua indicação, senão para corrigir um só dos elementos da deformação, isto é, a *supinação*. Tratando-se, desde então, do pé varo-equino irreductivel forma comum, cor-

rente em clinica, como sabeis, dirigimos assim a terapeutica de cirurgia ortopedica para os 3 elementos da deformação: *aducção* = *Phelps — Kirrison*; *supinação* = *malleotomia interna*, e *equinismo* = *alongamento do tendão de Aquiles*. Assim posto, esta ortopedia é formada, é assentada em uma triplice manobra cirurgica que não é difficil de se executar pela mesma incisão que este professor diz que é facil, em compensação combinar a tarsectomia cuneiforme por transplante com a maleotomia interna. E' por isso que nesta "*operação combinada, de Ombrédanne*", que recorre a Phelps — Kirrison, com esta particularidade, que fecha integralmente e sem drenagem a ferida de acesso, e que tem aí conseguido facilmente, enquanto que é, ás vezes, impossivel reunir empós a simples tarsotomia correctora de Kirrison.

Ombrédanne assim esquematizou esta tecnica que nós poderemos constituir sob uma formula algebrica: *Phelps — Kirrison + maleotomia interna + alongamento do tendão de Aquiles = operação combinada*.

Entre nós o professor Barbosa Viana (do Rio), imaginou seu metodo operatorio que chamou *processo da associação*.

Nosso mestre Pinto Portela (do Rio), empregava o metodo de Phelps—Kirmisson de que era um grande apologista, como mais de uma vez o assisti praticar, coroado de bons resultados, por isso que o temos realizado, sem motivo de contrariedade.

E até que idade dura este periodo da irreductibilidade sem deformações ósseas graves, causadas apenas pela retracção? Até 2 anos muitas vezes, até 4 anos na media e ás vezes mais tarde.

Recidiva. Acontece porem que tambem muitas vezes a recidiva sobrevinha após estas reduções precedidas de secções apropriadas das partes moles.

E de quem é a falta? Do médico, da mãe encarregada de colocar as botinas especiais. Não o pensamos assim. Julgamos ainda esbarrar com a "*osteogenése*" — crescimento ósseo que continúa irrevogavelmente muitas vezes a se processar anormalmente, qualquer que seja o cuidado trazido com as aparelhagens post-operatorias.

Finalmente temos o 3.^o periodo, isto é, da *irreductibilidade absoluta*; ocorre-nos citar uma preliminar deste periodo, se fazendo mister enunciar a conhecida lei de Delpech para esclarecimentos: *os ossos aumentam de volume anormalmente ao nivel dos pontos que não sofreram mais sua pressão*. Assim estabelecido, temos o astragalo, aumentando de volume ao nivel do *calço pré-peroneiro de Nelaton* e da *barra de Adams*, perdeu o direito de domicilio no encaixe tibio-peroneiro. Desde então, o pé torto póde, com justa razão, ser chamado de *inveterado*.

Neste periodo, é evidente por definição, que o pé torto não pode mais ser corrigido, senão por intervenção óssea.

Colimados os aspectos das diferentes etapas do pé varo-equino congenito, no que tange a tecnica terapeutica, se faz mister apreciar os interessantes problemas desta cirurgia ortopedica moderna, assentados pelos praticos com uma classificação de *intervenções cegas* ou *não regradas* e de *intervenções regradas*.

No primeiro grupo — *intervenções cegas* ou *não regradas*, que é por este meio feito o endireitamento forçado no periodo da irreductibilidade

em casos entre os quais não é possível trazer modificações na forma do pé senão esmagando os ossos ou despedaçando os ligamentos. Torna-se assim necessario dispendir força excessiva, por isso que se recorre ao emprego da conhecida cunha de Lorenz. Com este instrumento simples se executa um esforço minimo, muito embora seja bem traumatizante esta pratica chamada *endireitamento instrumental*.

Releva citarmos, além deste simples instrumento, alguns outros como sejam: a primitiva e muito antiga alavanca de Thomas Wrench, o antigo osteoclasto do Dr. Robin, usado por Vignard (de Lyon) e o moderno osteoclasto dito de precisão de Schultze. Estes osteoclastos referidos são empregados para realizar a tarsoclasia, que tem adeptos e detratores.

Delore (de Lyon) foi o preconizador e vulgarizador do metodo da tarsoclasia, a ponto de fazer sua escola nesta pratica, sendo fervoroso entusiasta Vignard. Este ortopedista publicou (no *L'avenir médical*, 1920, de Lyon) um documentado trabalho ilustrado com radiografias e fotografias: "*Du redressement forcé par tarsoclasie dans le pied bot varus équin congénital*", cujas conclusões transcrevemos: "Jé n'entreprendrai pas de discuter les indications et la légitimité de ces opérations car je puis dire que dans la plupart de ces cas, cependant si divers, j'ai puis obtenir presque toujours un résultat satisfaisant á l'aide du redressement forcé par tarsoclasie.

"Je n'ai eu recours que rarement á la resection d'un coim osseux, plus souvent á des sections ligamenteuses ainsi qu'à celles de l'aponévrose plantaire interne.

Les radiographies ci-jointes provenant de sujets chez lesquelles les efforts de redressent avaient été les plus violents, ne temoignent pas d'importants dégâts osseux. Par contre on y voit une orientation nouvelle des os, primitivement basculés, en particulier du calcaneum et de l'astragale. On peut même noter le refoulement en arriere de ce dernier os, ce qui a une importance capitale dans le maintien de la réduction". Releva dizer-vos que este ortopedista Lyonez se mantem ainda fiel a esta pratica, como se lê na importante conferencia feita no "Hôpital des Enfants-malades, Service du professeur Ombrédanne — Paris, (1933)", por Barbosa Viana (do Rio), comme professeur d'échange de l'Institut Franco-Brésilien de Haute culture — le traitement du pied bot — varus équin congénital, donde fala este conferencista, dizendo que: "Vignard a déclaré, dans les Journées Orthopédiques de Lyon, de l'année (1934) qu'il restait — fidèle à la tarsoclasie instrumentale avec l'osteoclaste de Robin."

Ombrédanne renunciou inteiramente a pratica do *esvasiamento tarsico*, denominado por Lucas Championnière de — *desossamento do pé*. Por fim ainda este professor declara que presentemente não se dirige mais para estas intervenções, que reputa cegas, com o que estamos de acordo.

No segundo grupo — *intervenções regradas*, cujas modalidades estudada reunindo em tres ordens que chama grupos.

Primeiro grupo. No estudo deste grupo estabelece uma preliminar — argumento de tecnica cirurgica, ultra esquematico: *fazer entrar em*

bom lugar o astragalo e é tudo. Posta a questão neste pé, foi que conduziu Nelaton a aplanar a bochecha externa do estragalo e do calço pré-peroneiro de Nelaton. Também foi ela que incitou Massart e Maynoni D'Intignano, a executar esta mesma aplanção da face interna do maleolo peroneiro e do bordo posterior do encaixe. Foi ela ainda que devia guiar, orientar Whitman sob o nome de maleolotomia, abrindo a articulação peroneo-tibial inferior, creando uma diastasis neste nível.

Óra, esta manobra, mesma experimentada é insuficiente para corrigir o pé torto, salvo alguns casos raros de *equinos diretos*. Nelaton bem o sabia e completava sua intervenção, resecando a cabeça e o colo do astragalo de uma parte, para assim dar o devido assento na correção do pé equino, e resecar a grande apofise do calcaneo de outra parte, para corrigir o *pé varo*.

Massart e Maynoni D'Intignano o reconheceram bem, pois que cortaram o ligamento lateral interno para corrigir a supinação. Releva também informar que Maynoni D'Intignano (de Dijon) fazia desinserções ligamentosas totaes. Ainda este cirurgião de Dijon julga que, em certas condições, pôde afirmar que se pôde sem receio, tocar na rainha, isto é, articulação tibio-tarsica, como assim a denominam os ortopedistas.

Ombrédanne discorda, porque para corrigir o *pé torto inveterado*, não é sómente a reposição sangrenta do astragalo, porque é uma operação insuficiente e má pelo fato do endurecimento mais ou menos da tibio-tarsica. Declara mais este professor, que se deve observar nas articulações do pé, uma *hierarquia funcional*, e assim, a *medió tarsica* e a *sub-astragaliana* são consideradas *grandes damas*; os *outros personagens*, são de pouca importancia e acima de todos, ha a *rainha*, que é a *articulação tibio-tarsica*. E ainda declara este professor que, com muita boa vontade aconselha em seu serviço: "ne touchez pas à la reine". *Enrijeçai as duas outras, tanto quanto quizerdes: em materia de pé torto não vos enganareis quasi nunca, bloqueando em posição correcta; porem nunca enrijeçai mesmo a articulação tibio-tarsica.* Diz mais este professor que *teoricamente uma marcha pouco mais ou menos correcta é possível com uma tibio-tarsica bloqueada. Basta, para que o paciente durante a marcha possa levantar o pé até a cabeça dos metatarsos.*

Segundo grupo: No estudo deste grupo deparamo-nos agora, no caso das operações das "*astragalectomias*", e como argumento temos as operações precedentemente expostas, retirai a metade anterior do astragalo primeiramente, depois sua metade inferior. ¿Não preferireis simplesmente, fazendo a ablação do astragalo na sua totalidade? No caso, respondemos que sim, si o nucleo astragaliano ficando, fôr de um volume pernicioso, será por conseguinte também de utilidade nula. Costuma assim acontecer na triplíce deformação do pé torto, em que o equinismo predomina sobre todos os outros desvios, devido a sua forma que enuclea ao maximo o astragalo, se collocando para fóra de seu encaixe.

Fócamos agora, dois casos que se considera fundamental: *1.º caso* — Nunca uma astragalectomia, qualquer que seja corrige um *pé torto inveterado*, porque não age senão no equinismo. Gross e Whitman eram desta opinião, por isso que completavam sua astragalectomia por uma cuneiforme calcaneo-cuboidiana. *2.º caso* — Faz-se mister, que neste

caso tenhais conhecimento de uma astragalectomia a Whitman e que não se assemelha em nada a Chibert, porque é má, como consideram também Ombrédanne, Jalaquier, Lamy e assim também o pensamos.

Finalmente, passemos a estudar o terceiro grupo, ultimo das intervenções regradas. E' neste grupo que Ombrédanne propõe a reseção especial na qual assim procede, fazendo a reseção cuneiforme nas interlinhas, como uma operação de escolha, porque tem a superioridade sobre o primeiro grupo, não se arriscando portanto a corrigir a tibio-tarsica. O grande argumento apresentado no caso, que parece comanda-lo, é o seguinte: o astragalo é mais ou menos enucleado definitivamente para diante. Este professor abandonou inteiramente a operação classica de Farabeuf (*tarsectomia dorsal externa*), e pratica a *sub-astragaliana* e em seus bordos talha uma cuneiforme horizontal de base externa que corrige a supinação. Esta operação em seu conjunto é uma *dupla artrodése de Ducroquet-Launay*. Ombrédanne declara que a sua operação é também uma *dupla artrodése*, na qual a simples desarticulação das superficies é substituída por uma longa entalha cuneiforme, regula a espessura das cunhas no valor de cada elemento de deformação, deixa um pé incapaz secundariamente e nunca *enrija a tibio-tarsica*.

Manipulações modelantes e aparelhagem consecutiva.

Nas manipulações modelantes deveis conhecer que são eficazes com as delongas no tratamento e em certos casos favoráveis, se poderia prolongar até a idade de 18 meses. E' pois vantajoso instituir-se o tratamento desde o fim da 1.^a semana da vida. Nestas condições de extrema precocidade, é raro que não dê resultados excelentes com a circunstancia apenas de ser praticadas as manipulações modelantes e levadas com paciência por parte dos pais e do operador. Faz-se mister esperar alguns meses, acrescida de certa dóse de perseverança e tenacidade, condições estas indispensáveis para o sucesso da cura.

Kirmisson dizia outróra que estes meios denominados massagens eram excelentes, porque permitiam agir sobre os tecidos constituintes do pé. Assim posto, resumia este professor em duas manobras distintas: uma se dirigia para o *varo*, e a outra para o *equinismo*.

Esta modalidade da terapia pelas massagens, foi substituída pelas expressões mais complexas acima referidas, que muito embora se possa dizer equivalentes em seus efeitos porque produzem em suma, ao nível do pé, deformações em sentido inverso daqueles recursos que constituem a malformação.

Teoricamente, basta para isto agir com os dois polegares na saliência anormal do pé, ao nível do apice de sua curva e ao mesmo tempo conduzir em sentido inverso com uma mão no pé anterior, isto é, na região compreendida na fileira anterior do tarso (escafoide, cuboide e cuneiformes) e outra no pé posterior, fileira posterior do tarso (calcaneo e astragalo), pois que o apice desta está em relação com a articulação médio-tarsica.

Infelizmente, no pé posterior, não se tem tornado eficiente pela sua

extremidade inferior. O ponto de apoio tibial é bastante para permitir a correcção da supinação e destarte se corrigirá o varo.

Adams, com sua autoridade de velho ortopedista, estabeleceu o seu importante principio para corrigir a angulação do pé para dentro: *o equinismo do pé é necessario para perfeita correcção do varo*. Este ortopedista inglez creou o seu metodo: reduzir em dois tempos.

A tecnica das manipulações modelantes, demanda manobras manuais brandas, feitas diariamente ou em dias alternados, empregando talleo finamente tamisado, segundo o caso, pé magro ou gordo, e a idade da criança. Realisada esta pratica, se faz mêster um cuidado importante a se observar na cura, que vem a ser a *contenção*. Esta se realiza por diversos meios ou aparelhos mais ou menos simples uns e complicados outros. Enumerando estes aparelhos temos: o aparelho de Adams, a palmilha de De Saint-Germain aperfeiçoada por Lamy, a goteira de papelão de Erlacher modificada por José Vasconcelos (de Porto Alegre), e mais os aparelhos de luscoplasto, de Finck, de Bidault e Michel, de tracção elastica de Nové. — Jossierand e Rendu e o da tracção elastica de Finck.

Kite (J. H.), em artigo recente e bem documentado, no Surgery, Gynecology and Obstetrics — vol. XI (Agosto de 1935, n.º 2), publicou 200 casos pessoais de pés tortos congenitos, os quais foram seguidos e revistos por longo prazo. Insiste na necessidade de se proceder a correcção de cada um dos elementos da deformação: adueção e equinismo.

“O tratamento ortopedico deu excelentes resultados em todos. São applicados aparelhos de gesso successivos. Kite considera a anestesia inutil. E’ preciso evitar manobras de força; as manipulações brutais sobre as cunhas, muito embora dêsse resultados bons de correcção, se arrisecam, comtudo, a um pé ancilosado e doloroso. Kite se contenta sem anestesia, fazer um gesso, 2 ou 3 vezes por semana, colocando o pé na melhor posição possivel e retira uma cunha de gesso para dar-lhe uma hipercorrecção. Quando, apesar do tratamento ortopedico racional não se pôde corrigir, a intervenção sangrenta se impõe.”

Quando o alongamento do tendão de Aquiles não é feito senão em um tempo, constitue uma intervenção mais complexa que dê campo operatorio e sendo mais seguro alonga-lo por desdobramento.

Gohrbandt (de Berlim), aconselha quando o tendão de Aquiles se opõe ao endireitamento não se deve fazer a tenotomia, como acto preparatorio, pois perturba o endireitamento subsequente, e nos casos em que o equinismo é muito acentuado se pôde fazer no fim, um alongamento sub-cutaneo, segundo o metodo de Bayer.

Quando a unica intervenção consiste no alongamento de Aquiles, a tenotomia, em suma mais simples, será sufficiente. E’ preciso porem então executar-se esta tenotomia um pouco alta, segundo Jalaguier, porque não é conveniente seccionar-se o tendão a razo do calcaneo. Nunca será feita a tenotomia de Aquiles no inicio do tratamento do *pé varo-equino congenito* por manipulações modelantes, será o ultimo tempo da correcção do varo. Neste momento a hipercorrecção é completa em todos os

sentidos, trata-se de mante-la, e um dos melhores meios é a palmilha de De Saint-Germain, que é aplicada dia e noite, durante 4 a 6 mezes e por varios anos collocaremos.

E quando a criança já caminha é muito conveniente que sua botina não permita a *reprodução do varo*, o que é indispensavel um tipo de sapato, tal seja o de Lance, inspirado no sapato de Versepuech, não devendo comtudo se esquecer de que o uso deste sapato só é applicavel, quando a *reducção por manobras externas for perfeita e completa*.

O professor Lusena (de Genova), escreve “ser preciso adaptar ao pé torto um tratamento variavel, segundo sua forma e seu grau de reductibilidade. Assim, ha *pés tortos* de crianças de 3 anos, absolutamente irreductiveis por tracções manuais e contrariamente, *pés tortos* de adultos que se pôde curar pela correcção forçada e aparelhagem consequiva.”

Para terminar diremos que Ombrédanne em sua publicação de 1936 intitulada “*Quelques vérités premières en chirurgie infantile*”, e a proposito do *pé torto varo-equino congenito*, tem o judicioso parecer que “seja qual for o modo de tratamento empregado, até a idade de 8 anos, as recidivas da deformação são para receiar e não podem ser evitadas senão pelo uso cuidadoso das aparelhagens ao menos durante a noite. Não considereis um pé torto curado enquanto a criança não tenha completado 8 anos.”

Setembro de 1936.