

la déformation est le résultat ou bien d'une action musculaire, ou d'une pression extérieure. Ces deux hypothèses sont chacune appuyées sur des faits analogues qui se passent dans d'autres régions du squelette. Les théories qui admettent pour cause une violence extérieure sont celles qui viennent le plus naturellement à l'esprit et comme elles n'invoquent que des faits mécaniques elles promettent de satisfaire complètement notre esprit. Un orthopédiste français, Martin, émit une théorie fort intéressante. Dupuytren lui avait envoyé un enfant atteint de pied-bot bilatéral. Lorsque Martin déposa l'enfant sur une table, il fut étonné de voir comme il se pelotonnait. Les cuisses étaient fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, et les pieds touchaient les fesses et se croisaient incomplètement derrière elles dans l'attitude du pied bot. L'enfant avait donc la même attitude que dans la cavité utérine. Et l'expérience montre que c'est l'attitude générale des enfants atteints de pied-bot. Ce fait fut un rayon de lumière pour Martin; et il pensa que cette difformité devait être due à une pression exercée par les parois utérines sur le pied de l'enfant. Martin poursuivit cette idée, et recueillit 61 observations — ce qui est un chiffre important, — dans lesquelles il put s'assurer qu'à un moment donné de la grossesse, il y avait eu une quantité insuffisante de liquide amniotique, ce qui avait permis aux parois utérines de comprimer le fœtus. Certains signes annonçaient cette difformité pendant la grossesse. La mère ressentirait vers le 5^e ou 6^e mois ou plus tard, une douleur fixe, souvent intolérable, siégeant à la partie supérieure de l'abdomen quand l'enfant est placé longitudinalement, et sur les côtés quand il est couché transversalement.

Depuis 1836, époque à laquelle Martin soutint sa théorie à la fois intuitive et reposant sur des faits d'observation, la science a acquis certaines données nouvelles qui viennent confirmer les idées de Martin, bien qu'il ne soit pas vrai que la mère éprouve toujours les douleurs indiquées par Martin quand son fœtus est atteint de pied-bot. Tout d'abord Volkmann a constaté que parfois il existe des durillons sur le dos du pied-bot des nouveau-nés, ce qui indique à coup sûr une compression prolongée à ce niveau. Des faits de ce genre ont été constatés par Lücke, Conrad, Banga, et Rapin. Cependant ce fait n'est pas une preuve aussi inébranlable que certains auteurs ont bien voulu le dire. D'abord les cas dans lesquels le liquide amniotique est assez peu abondant pour que l'enfant soit en contact avec les parois utérines contractées, sont extrêmement rares; de plus dans la plupart des observations de ce genre, les enfants n'avaient pas un pied-bot pur, mais étaient atteints de déformations irrégulières.

Cependant on ne peut pas s'empêcher de penser que la théorie de

la compression soit la bonne. Kocher a montré que le déplacement des surfaces articulaires était partagé par tous les os du tarse, et que le degré de déplacement correspondait directement au degré de mobilité des différentes articulations. On ne peut dès lors pas abandonner l'idée qu'une violence extérieure a dû s'exercer sur le pied arrivé à son complet développement. Il est vrai que cette violence ne doit pas agir dans la seconde moitié de la grossesse, car la compression inciterait l'enfant à des mouvements réflexes, qui pourraient s'exécuter sans encombre dans la majorité des cas, où il n'y a pas insuffisance du liquide amniotique. Mais il n'en n'est pas de même dans la première moitié de la grossesse, et Kocher a observé un cas des plus intéressants dans lequel un fœtus de 3 mois avait un pied-bot parfaitement développé et qui était dû sans aucun doute à une pression utérine.

La seconde hypothèse en vertu de laquelle le pied varus congénital serait dû à une action musculaire, a été soutenue par Duchenne, mais cette théorie n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. On a objecté à cette théorie que le tissu musculaire ne présente aucune altération et que chez les enfants atteints de pied-bot, la musculature du pied est parfaitement normale. Kocher fait observer très judicieusement que cette objection n'est pas aussi irréfutable qu'elle en a l'air au premier abord, car de ce que la substance musculaire est normale, et que les muscles ont conservé leur contractilité normale, il ne s'ensuit pas que l'équilibre soit maintenu entre les antagonistes. Cette théorie du varus congénital peut s'adapter à certains cas de pied-bot acquis dus à un manque d'équilibre entre les antagonistes. Quand le nerf péronier, qui innerve tous les muscles pronateurs du pied, est coupé ou paralysé, il en résulte un pied-bot varus. Nous avons observé ce fait chez un adulte qui eut le nerf péronier paralysé à la suite d'une forte contusion: il en résulta un léger varus, et il dut porter un soulier avec une courroie dorsale qui appuyait la plante du pied sur la semelle, pour éviter que la difformité ne s'accroût. D'autre part un pied-bot varus peut reconnaître pour cause une contracture des supinateurs. Nous avons observé ce cas chez une jeune fille au moment de la puberté; elle était atteinte de contracture permanente des muscles du mollet, en sorte que le tendon d'Achille était fortement tendu; dès que la jeune fille était chloroformée, la contracture disparaissait, le pied quittait son attitude vicieuse et recouvrait sa mobilité, mais dès que la jeune fille se réveillait, la crampe se reproduisait. Il existe donc des pieds-bots acquis par paralysie des pronateurs ou contracture des supinateurs. Le pied-bot congénital peut se présenter à des degrés bien différents. Quelquefois il est tellement prononcé que l'axe du pied est transver-