

sal ; que le bord externe ou même le dos du pied regardent en bas, le bord interne ou la plante en haut ; et la voûte plantaire est transformée en un profond sillon transversal. Dans d'autres cas, la difformité est si peu accentuée qu'un médecin inexpérimenté en la matière pourrait la mettre en doute. Je cite quelques mots de Dieffenbach : « Tous les petits enfants ont une légère tendance au pied-bot varus. Quand on asseoit un enfant sur le bord d'une table et que l'on se place en face de lui, on voit que ses pieds occupent la position du degré le plus léger de pied-bot varus : le bord interne du pied est un peu élevé, et le bord externe un peu abaissé. On pourrait mettre les deux plantes en contact comme on le ferait avec les deux paumes des mains. Cette position se modifie petit à petit, avec la marche, quand le poids du corps force la plante du pied à toucher le sol ».

Des recherches d'Hueter, confirmées par celles de Clark sous la direction de Aeby, il résulte que chez les nouveau-nés, le calcanéum et l'astragale ont toujours une forme qui se rapproche de celle qu'ils ont dans le pied-bot, de sorte que l'on peut dire que le tarse du nouveau-né tient le milieu entre le tarse du pied-bot, et le tarse normal d'un pied développé. Il est donc parfois impossible de dire chez un enfant si la position en varus est une attitude ou une rétraction. Dieffenbach prétend que « le premier pas d'un enfant permet d'affirmer s'il se développera un pied-bot ou non. Si par le poids que supporte le tarse, la plante du pied est abaissée de façon qu'elle touche le sol, le pied-bot disparaît ». On peut cependant prévoir la destinée du pied de meilleure heure. S'il existe un pied-bot, aussi peu prononcé que l'on voudra, le tendon d'Achille présente un obstacle invincible à la flexion dorsale ; de plus le pied en question reste dans la supination continue tandis que l'autre pied change quelquefois de position. Alors même qu'un individu viendrait au monde avec un pied-bot à peine visible, cette difformité n'augmente pas moins avec le temps et la marche ; l'enfant en bas âge marche sur le bord externe du pied ; plus tard il s'appuie sur une partie de la face dorsale, enfin adulte, il marche sur la moitié de la face dorsale du pied et sur la malléole externe.

**Traitement.** — Le pied-bot est un triste cadeau de la nature. Dieffenbach, qui a étudié l'influence de cette affection sur l'état psychique de ces sujets s'exprime en termes aussi nobles que compa-

(1) Hueter dit la même chose. Quand Banga et Kocher objectent que les nouveau-nés ont les pieds absolument normaux ou bien en crochet (c'est-à-dire en valgo-calcaneus) ils oublient que Dieffenbach ne parle pas de nouveau-nés, mais de petits enfants ; et pour ces derniers Dieffenbach a absolument raison.

tissants : « Le pied-bot est souvent une affection plus triste que l'absence d'une jambe ; depuis le berceau jusqu'au tombeau il est la source de continuelles souffrances. Combien lord Byron n'a-t-il pas souffert de son pied-bot ! Je lui aurais souhaité une plus longue vie rien que pour le voir soulagé de son infirmité par la section du tendon d'Achille ! » A. Cooper plaint aussi amèrement lord Byron. La section du tendon d'Achille est vraiment une des plus belles opérations chirurgicales. Son introduction dans la chirurgie marque l'époque où l'art commença de guérir le pied-bot. Mais elle ne put trouver d'extension que du jour où elle put être faite sous-cutanée. C'est Stromeyer qui nous l'apprit.

**Ténotomie.** — C'est assurément à Delpech que revient le mérite d'avoir eu l'idée de cette opération, et de lui avoir donné des bases scientifiques, mais il n'eut pas de succès parce que son procédé était defectueux. Il enfonçait un bistouri, la lame à plat, entre le tendon d'Achille et la peau, de sorte que de chaque côté du tendon il faisait une plaie d'un pouce de longueur ; puis il retirait ce bistouri, en introduisant un autre à lame convexe et coupait transversalement le tendon sans intéresser la peau qui le recouvrait. Mais il survenait de la suppuration et l'exfoliation du tendon. Stromeyer apprit de Delpech que le but de l'opération était d'allonger le tendon d'Achille en provoquant la formation d'une substance intermédiaire et il opéra (le 28 février 1831) avec un petit couteau concave qu'il enfonçait en avant du tendon ; puis il retournait le tranchant vers le tendon et le sectionnait en laissant intacte la peau située en arrière du tendon. Bouvier, Stoess et Duval essayèrent bientôt de modifier les détails de ce procédé. Bouvier s'efforça tout particulièrement d'éviter la section de la peau ; il faisait d'abord une petite incision près du tendon avec une lancette, puis il introduisait un ténotome boutoné et sectionnait de la superficie vers la profondeur.

Beaucoup d'opérateurs en restèrent au procédé Stromeyer ; je préfère pour ma part sectionner de la peau vers la profondeur avec un ténotome convexe. On cherche la place où le tendon a son moindre diamètre transversal ; ce point est situé un peu au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne ; on ordonne à un aide de mettre le pied dans la flexion plantaire forcée, de sorte que la peau vient former des rides nombreuses au niveau du tendon d'Achille ; puis on enfonce à plat le bistouri à la base d'une de ces rides, et on retourne le tranchant vers le tendon d'Achille ; on appuie avec le pouce gauche sur le dos du bistouri pendant que l'aide porte le pied dans la flexion dorsale ; le tendon se sectionne en laissant entendre un craquement. Lorsqu'avec un ténotome concave on sectionne de la profondeur vers la peau, on peut blesser la tibia postérieure ; un cas de ce genre que je connais, et qui arrivé à un chirurgien célèbre, en est une preuve irréfutable. Dans ce cas, il faut appliquer très exactement un pansement compressif.

Les résultats de la ténotomie eurent un grand retentissement. Dieffenbach