

Tout d'abord, les bandelettes osseuses intra-articulaires n'ont pas la signification que Hue ter leur a attribuée. Là où elles existent, elles signifient seulement que ces régions osseuses ne sont pas encroûtées de cartilage, quoique comprises dans la cavité capsulaire, parce qu'elles ne subissent pas de contact articulaire, car elles se retrouvent avec la même disposition sous forme de lignes cartilagineuses il est vrai chez le nouveau-né, et même chez l'embryon.

Les bandelettes osseuses se retrouvent aussi à des endroits où il s'exerce une forte pression, là où le développement osseux aurait dû être entravé ; par conséquent, où elles ne devraient pas se trouver selon Hue ter. Et par contre on n'en rencontre pas à certains endroits où la théorie les faisait prévoir.

Mais toute une série des faits que Hue ter croyait avoir constatés paraît erronée. Ainsi les différences que Hue ter avait établies entre les dimensions et la forme du pied du nouveau-né et celles du pied de l'adulte, ne sont pas exactes. De plus la transformation du pied ne se fait pas seulement au moment de la marche, mais elle commence bien avant, en est tout à fait indépendante et quelquefois se fait dans le sens inverse. Enfin, et c'est là un argument majeur, Hue ter ne s'est pas aperçu que le pied de l'enfant n'a pas de voûte plantaire. Si par conséquent c'est la pronation qui transforme le pied de l'enfant en pied d'adulte, on devrait s'attendre à ce que l'hyper-pronation accentuât la courbure du pied ; par conséquent le pied normal d'un nouveau-né ne subit pas les mêmes modifications pour devenir un pied d'adulte, que ce dernier pour devenir un pied plat, mais ces modifications se produisent dans un *sens opposé*.

La théorie sur le pied plat publiée par Hermann von Meyer, de Zurich, est remarquable par l'originalité de son idée fondamentale. Hermann von Meyer prétend que le pied plat ne résulte pas d'un *effondrement d'une voûte*, mais bien d'un *retournement de cette voûte*, c'est-à-dire que la voûte du pied a sa tension normale, mais que son sommet repose sur le sol du côté du bord interne.

Meyer crut avoir trouvé la preuve de ce qu'il venait d'avancer dans les deux points suivants :

D'abord, le bord interne du pied n'est pas allongé, ce qui devrait être si la voûte s'était effondrée ; de plus le ligament calcanéocuboïdien n'est pas allongé, ce qui devrait être si la voûte avait perdu sa tension. Mais comment Meyer a-t-il constaté ces deux faits ?

On a comparé la longueur du bord interne d'un pied plat à celle du bord interne d'un pied normal ; on mesurait depuis le milieu de l'apophyse postérieure du calcanéum jusqu'au milieu de la tête du premier métatarsien ; on n'avait donc pas mesuré si le bord interne du pied d'un individu donné avait allongé avec la difformité, mais on s'était contenté de mesurer le pied d'un individu sain et celui d'un individu atteint de pied plat.

Il est clair que cette comparaison est des plus incertaines.

La longueur du ligament calcanéocuboïdien n'a pas été mesurée non plus directement, mais on a mesuré la longueur qui sépare les deux tubercules auxquels ce ligament s'insère. Meyer n'a donc jamais mesuré la longueur du ligament lui-même, et par contre ceux qui l'ont mesuré, comme Henke, Hue ter, Lücke, Busch, Lorenz, ont presque toujours constaté un allongement des fibres. Les deux hypothèses de Meyer sont donc fausses, et la théorie qui est basée sur elles l'est également.

Dans une série d'articles, Reismann s'est efforcé de démontrer une théorie qui part de ce point de vue, qu'il n'y a dans le pied plat qu'une question de contracture musculaire. Voici comment on peut résumer la théorie de Reismann.

Dans la marche et la station, les fléchisseurs plantaires ont le plus grand travail à produire ; si on les surmène, ils deviennent insuffisants. Il en résulte une contracture des antagonistes, par conséquent des fléchisseurs dorsaux, et de là, dans les deux articulations de l'astragale, une flexion plantaire et un mouvement de pronation. Par cette attitude les péroniers se reposent puisque leurs points d'insertions se rapprochent, et ils subissent ainsi un raccourcissement accommodateur qui ne fait qu'augmenter la position vicieuse déjà existante. La voûte plantaire n'est donc abaissée qu'autant que le nécessite la pronation forcée.

Ainsi que Volkmann l'avait déjà dit, Lorenz a montré que Reismann ignorait complètement l'anatomie pathologique du pied plat.

En ce qui concerne les recherches positives de Lorenz, je puis dire qu'il a pour ainsi dire épuisé l'anatomie pathologique du pied plat jusque dans ses plus petits détails.

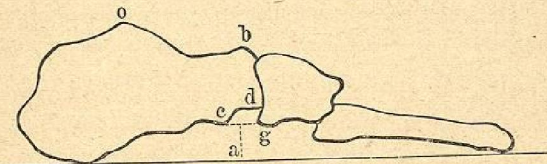


Fig. 154. — Voûte externe du pied : en *d* son sommet ; *gc*, ligament calcanéocuboïdien ; *o*, le point le plus postérieur de la facette articulaire externe ; *b*, la projection du point le plus antérieur de la tête de l'astragale.

Avec une patience infinie, il nous a décrit les variétés des différents os et de leurs facettes articulaires et il nous donne ainsi un tableau complet de toutes les modifications que subit le squelette aux diverses périodes du pied plat. Il remarqua de la sorte que chaque articulation en particulier présentait une série de déformations successives qui permettent d'établir l'évolution des lésions. Et il a décrit avec le même soin les changements que subissent les insertions capsulaires et les ligaments de renforcement.

C'est en se basant sur ses études anatomo-pathologiques que Lorenz établit sa théorie. Le point le plus important et en même temps le plus original de sa théorie est l'examen attentif du pied normal et la conception de la voûte externe du pied, qui joue le rôle capital dans l'évolution du pied plat.

La voûte externe du pied (fig. 154) est formée par le calcanéum, le cuboïde, et les deux derniers métatarsiens. Cette partie du pied est en effet une voûte dont les parties constituantes sont aussi faibles que leur ensemble est résistant ; la pierre angulaire de cette voûte est