

fonction est de maintenir cette courbure d'une façon continue. Quand on étend le bras horizontalement, les muscles de l'épaule se fatiguent en général au bout de 10 minutes, et dès lors il y a lieu de se demander si les muscles du pied, beaucoup moins épais, sont capables de lutter continuellement contre le poids du corps en tendant la voûte du pied : et il est absolument impossible de concevoir que dans certains mouvements coordonnés, comme ceux du danseur de corde qui se balance sur un pied, les muscles du pied soutiennent en même temps la tension de la voûte et exécutent des mouvements de balancement, qui changent à tout moment.

Lorenz soutient donc que ce n'est pas la résistance musculaire qui mérite d'attirer la première notre attention dans la pathogénie du pied plat, mais bien la résistance opposée par les os et les ligaments.

J'ai dit plus haut que je considérais l'ostéologie et l'étiologie du pied plat comme complètement élucidées par Lorenz, et je crois que toute théorie sur cette affection devra désormais reposer sur les idées émises par cet auteur.

L'ignorance de l'anatomie pathologique n'a jamais été aussi évidente que dans la théorie de Reismann. Et cependant je comprends par quelle voie Reismann est arrivé à sa conception.

J'ai eu moi-même l'occasion de constater plusieurs cas analogues à ceux qui ont sans doute éveillé dans l'esprit de Reismann l'idée du pied plat myopathique. Il s'agissait en général d'individus du sexe masculin et d'adolescents, qui par suite d'efforts et de fatigue continus (1 garçon de café, 1 ébéniste, 1 boulanger) avaient le pied fixé dans la pronation, sans cependant que la voûte plantaire fût abaissée. Les tendons des extenseurs des orteils et des péroniers étaient tendus comme des cordes et s'opposaient complètement aux mouvements passifs de supination. Les malades ressentaient les douleurs caractéristiques du pied plat. Le pied était donc un valgus contracté, mais non un pied plat.

Mais j'objecte l'immense quantité des pieds plats qui existent depuis longtemps sans contracture des muscles sus-nommés ; et si j'ajoute que presque tous les pieds plats accompagnés de cette contracture sont anciens et existaient bien avant la contracture, je dois regarder ces trois observations comme l'infime minorité.

Il arrive aussi que des individus âgés soient atteints de pied plat, quand par exemple ils engraisent subitement, et que de ce chef leur pied supporte un poids inaccoutumé.

Dans le cours du rhumatisme des articulations du tarse on voit de temps à autre se dessiner un pied plat, que l'on désigne sous le nom de *pied plat inflammatoire* proprement dit.

Dans l'enfance on observe aussi un valgus rachitique ; jamais il ne s'accompagne d'inflammation ni de contractures ; les mouvements se trouvent en général anormalement accrus dans tous les sens.

Enfin il existe un valgus symptomatique d'un crus varum. Cependant il n'y a pas ici de pied plat proprement dit. Dès que l'enfant se met

debout, tout le pied chavire en pronation ; il repose alors sur le bord interne, souvent même repose sur la malléole interne ; mais la forme générale du pied est normale ; la voûte plantaire reste normale assez longtemps et ne s'abaisse que plus tard. Cette affection est due à une trop grande laxité des ligaments, peut-être aussi à une trop grande mollesse des os. Dans le genu varum, le pied-bot est *compensateur* ; le malade, d'après la difformité de son genou, devrait reposer sur le bord externe, mais pour pouvoir appuyer toute la plante du pied sur le sol, il est obligé de le mettre dans la pronation.

Le *valgus congénital* s'accompagne souvent d'un varus congénital de l'autre côté ; on croit avec raison que cette double difformité est due à l'action d'une pression des parois de l'utérus, car la convexité du bord interne du valgus correspond exactement à la concavité du varus. Une autre forme de valgus congénital est le valgo-calcanéus, que nous étudierons plus tard.

**Traitement.** — Le traitement du pied plat est basé sur l'emploi d'un grand nombre d'appareils. Voici celui dont nous nous servons ordinairement. Sur le côté interne de la bottine on met à l'intérieur un petit coussinet convexe sur lequel le pied repose au point où la voûte plantaire est abaissée ; cette dernière doit se former par la pression lente du coussinet. Sur la face externe de la jambe se trouve une attelle solidement fixée à la semelle du soulier et qui a son second point d'appui sur le côté externe de la partie supérieure de la jambe. On attache à cette attelle une courroie qui entoure la face interne de l'extrémité inférieure de la jambe, et cette courroie attire l'extrémité inférieure de la jambe en dehors, ce qui porte le pied en supination.

Quelques chirurgiens se servent de la machine de Nyrop, dans laquelle une attelle est fixée au côté interne de la jambe et le pied repose sur une courroie cachée dans la bottine ; cette courroie a une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors, de sorte qu'elle soulève le bord interne du pied. Bien des patients supportent cet appareil, mais d'autres se plaignent que la courroie les coupe et que cela leur occasionne de violentes douleurs.

Dupuytren prétendait que des bottines appropriées suffiraient pour guérir l'affection au début, et il prescrivait des chaussures à talons élevés ; Starcke et Henke sont de la même opinion.

H. von Meyer a proposé un modèle de bottine tout à fait particulier. Le talon a une hauteur de 3 à 4 centimètres, est large et avance beaucoup vers la pointe du pied. Dans la semelle du soulier on dispose au niveau du talon une excavation qui doit avoir au moins 1 centimètre de profondeur et être asymétrique de façon à ce que sa plus grande