

placer le pied dans la flexion à angle droit sur la jambe. Quoi qu'il en soit, le traitement consiste ici encore dans les manipulations et l'emploi des appareils, aidés au besoin de la ténotomie des muscles extenseurs contracturés.

5° *Équin congénital*. — Cette variété de pied bot congénital est tellement rare qu'elle a pu même être niée par Tamplin; mais il existe des faits d'Adams et de Little qui ne permettent pas de la mettre en doute.

D'après Little, cette forme se distinguerait du pied équin d'origine accidentelle en ce que le pied resterait pendant toute la vie un équin direct. Il cite un jeune homme qui était le cinquième membre de la famille atteint de cette difformité. Déjà son père, deux oncles paternels et une tante avaient présenté une semblable déformation.

M. Panas rapporte, dans son article ORTHOPÉDIE du *Dictionnaire de Jaccoud*, le cas d'une demoiselle de vingt-six ans atteinte d'un pied bot équin pur d'origine congénitale. Non seulement Adams admet l'existence de l'équin pur d'origine congénitale, mais il en figure même un exemple relatif à un enfant de trois à quatre semaines. Il dit en avoir observé d'autres cas, et il rappelle ce fait que nous avons pu vérifier plusieurs fois, à savoir que souvent le varus associé à l'équin est tellement peu marqué qu'on peut, au point de vue du traitement, considérer le pied bot qu'on a sous les yeux comme un équin pur. Deux fois seulement, pour notre part, nous avons rencontré le pied bot équin congénital à l'état de pureté.

Pour peu qu'une semblable difformité soit un peu prononcée, elle ne comporte évidemment pas d'autre traitement que la ténotomie du tendon d'Achille.

#### B. — PIED BOT ACCIDENTEL OU ACQUIS

Par analogie avec les déformations congénitales que nous venons d'étudier, on donne le nom de pieds bots à un certain nombre de déformations accidentelles du pied. Il est toutefois entre ces deux groupes des différences fondamentales, tant au point de vue de l'étiologie que sous le rapport du pronostic et du traitement.

*Étiologie*. — Le groupe des pieds bots accidentels est tout à fait artificiel; il ne présente aucune unité. En effet, les causes qui peuvent donner naissance à de semblables difformités sont extrêmement nombreuses et variées. Nous les énumérerons successivement, en passant en revue les différents éléments anatomiques qui peuvent être l'origine de la difformité.

a. *Peau et tissu cellulaire sous-cutané*. — Les altérations de la peau et du tissu cellulaire donnent naissance à certaines difformités du pied auxquelles peut être appliqué le nom de *pieds bots cicatriciels*. Ce sont très fréquemment des brûlures profondes qui deviennent l'origine de ces cicatrices rétractiles, d'où résulte l'attitude vicieuse et permanente du pied sur la jambe. On peut voir au musée Dupuytren deux moules en plâtre représentant deux pieds bots talus cicatriciels, consécutifs à des brûlures. J'ai opéré, en 1883, à l'hôpital Saint-Louis, un pied bot équin varus d'origine cicatricielle, reconnaissant pour cause une large brûlure de la partie postérieure de la jambe. Je dus faire la section du tendon d'Achille; mais, vu l'adhérence du tendon et de sa gaine avec les parties voisines, cette section donna peu de résultats. Dans les cas de cette

nature, il ne suffit pas, on le comprend, de pratiquer la section des brides cicatricielles qui maintiennent le pied dans son attitude vicieuse; il faut encore interposer entre les deux lèvres de la section des lambeaux autoplastiques, sous peine de voir se reproduire la rétraction cicatricielle conduisant à une prompte récursive.

b. *Articulation tibio-tarsienne*. — Les altérations de cette articulation donnent très fréquemment naissance à des attitudes vicieuses du pied sur la jambe qu'on peut désigner du nom de *pied bot arthropathique*. Rien n'est plus fréquent, par exemple, que de voir, au cours des arthrites chroniques de l'articulation tibio-tarsienne, le pied se placer dans une position permanente d'extension, combinée à l'abduction pour donner naissance à l'équin valgus. La rétraction du tendon d'Achille agissant pour maintenir le pied dans cette attitude vicieuse peut rendre nécessaire la ténotomie.

c. *Os de la jambe*. — Les diverses altérations pathologiques des os de l'extrémité inférieure de la jambe sont capables de produire le pied bot. C'est ainsi que les fractures vicieusement consolidées, en particulier les fractures du péroné avec arrachement de la malléole interne, auxquelles est attaché le nom de Dupuytren, déterminent fréquemment, lorsqu'elles n'ont pas été l'objet d'une réduction convenable, une déformation du pied en valgus, qui rend très difficiles la marche et la station.

Les ostéites de l'enfance et de l'adolescence, auxquelles convient le nom d'ostéites de développement, arrivent aussi, par un mécanisme facile à comprendre, à donner naissance au pied bot. La maladie peut en effet avoir pour conséquence la soudure prématurée de l'épiphyse inférieure d'un des deux os de la jambe, et, par suite, l'arrêt de développement de cette partie du squelette. L'os congénère continuant à se développer en longueur est obligé de s'infléchir pour s'adapter à la longueur du voisin, et il en résulte un pied bot qui sera varus ou valgus, suivant que l'altération pathologique aura porté sur le tibia ou sur le péroné.

Le rachitisme, par les modifications qu'il imprime à la direction et à la consistance des os, par le relâchement des ligaments qui l'accompagne, peut devenir le point de départ de déformations semblables.

Les trois variétés que nous venons d'indiquer peuvent être désignées sous le nom de faux pieds bots. Dans ces cas, en effet, l'attitude vicieuse du pied n'est que secondaire; il existe une autre lésion initiale qui prime tout le reste, et d'où dépendent les véritables indications thérapeutiques.

Le vrai pied bot acquis est d'origine *musculaire*. Il reconnaît pour cause soit la paralysie, soit la contracture de certains groupes musculaires.

1° *Contracture musculaire*. — La contracture musculaire est, beaucoup plus rarement que la paralysie, l'origine du pied bot. Toutefois, on peut voir la contracture des muscles produite par une inflammation du voisinage. C'est ainsi qu'en 1887, j'ai pu observer, à l'hôpital Necker, une femme chez laquelle, à la suite d'une double *phlegmatia alba dolens*, s'était produit un double pied bot équin, qui nécessita la section sous-cutanée des deux tendons d'Achille. De son côté, M. Verneuil a pu observer des faits analogues, et il en a fait l'objet d'une communication à l'Institut, dans laquelle il désigne cette variété sous le nom de *pied bot phlébétique* (1).

(1) VERNEUIL, *Bull. de l'Acad. des sc.*, 31 mars 1890.

La myosite peut devenir l'origine d'une déformation semblable. Nous avons eu, en 1889, l'occasion d'en recueillir un exemple remarquable chez un malade de l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'hémophilie qui eut, à un moment donné, sans cause apparente, un volumineux hématome dans l'épaisseur du muscle jumeau interne; il en résulta une myosite, et, plus tard, une rétraction de ce muscle donnant naissance à un pied bot équin très prononcé, qui nécessita la section du tendon d'Achille. Ce fait est d'autant plus remarquable qu'ici la ténotomie s'accompagna, chez cet hémophile, d'hémorragies et d'accidents phlegmoneux qui mirent le malade à deux doigts de sa perte <sup>(1)</sup>.

La contracture peut être aussi la manifestation de la névrose hystérique. De là, la variété connue sous le nom de *pied bot hystérique*.

2° *Paralysie musculaire*. — Elle est, beaucoup plus fréquemment que la contracture, l'origine du pied bot accidentel. Du reste, la lésion qui lui donne naissance peut porter primitivement sur les nerfs ou sur les muscles.

Les lésions primitives des nerfs sont beaucoup plus rares; elle sont habituellement d'origine traumatique. C'est ainsi que des coups de feu, des fractures de l'extrémité supérieure du péroné, peuvent donner naissance à des lésions du tronc tibio-péronier, au point où il contourne la tête de cet os. Il en résulte une paralysie des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe innervés par ce nerf, et une prépondérance d'action du triceps sural déterminant la formation d'un pied bot équin.

Mais la grande cause du pied bot accidentel, c'est la paralysie infantile; on sait combien sont insidieuses et variées les manifestations de cette maladie. Tantôt un seul des membres inférieurs est atteint, tantôt les deux sont envahis simultanément. La paralysie frappe irrégulièrement les différents groupes musculaires, mais elle porte surtout habituellement sur le groupe antéro-externe; d'où la fréquence de l'équinisme en pareil cas.

*Anatomie pathologique du pied bot accidentel*. — Un des points les plus intéressants à mettre en lumière, c'est la fréquence relative des diverses formes anatomiques dans les pieds bots accidentels. Pour en donner une idée, nous citerons le tableau suivant emprunté à Tamplin :

Équin . . . . .	401 cas.
Valgus . . . . .	181 —
Équin varus . . . . .	162 —
Talus et talus valgus . . . . .	110 —
Équin valgus . . . . .	80 —
Varus . . . . .	60 —
Varus et valgus . . . . .	5 —
TOTAL . . . . .	999 cas.

Il suffit de jeter les yeux sur le tableau ci-dessus pour voir combien il est instructif. L'équin vient ici, en effet, en première ligne, bientôt suivi par le valgus; le varus, au contraire, est beaucoup plus rare. Dans le pied bot congénital, l'ordre était inverse, puisque le varus équin constituait l'immense majorité des cas, que le valgus était exceptionnel, et l'équin pur tellement rare que son existence a pu être mise en doute. Il y a là un élément de diagnostic très important entre les deux formes du pied bot.

(1) KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1890, p. 497.

Au début, les altérations sont limitées au système musculaire; mais, à la longue, il peut se produire dans le pied bot acquis des déformations osseuses analogues à celles du pied bot congénital.

Dans le pied *équin*, le calcanéum offre une direction oblique en bas et en avant; il est quelquefois recourbé sur lui-même. L'astragale est atrophié en arrière, élargi en avant. Il existe parfois une véritable subluxation de l'articulation médio-tarsienne. Les ligaments de la face plantaire sont rétractés.

Dans le *talus*, le pied repose sur la face postérieure du calcanéum élargie; le calcanéum est parfois, en outre, infléchi sur lui-même dans le talus pied creux; mais son inflexion est, on le comprend, en sens inverse de celle que nous avons notée dans l'équin, c'est-à-dire que l'os présente une courbure dont la concavité est dirigée en haut.

L'atrophie musculaire est toujours très marquée dans la variété que nous étudions en ce moment. Nous devons également signaler les troubles trophiques qui s'observent fréquemment en pareil cas, et qui peuvent être utilisés pour le diagnostic. Le membre malade présente souvent un épaississement de la peau, des ulcérations, qui n'ont pas de tendance à la cicatrisation. Il est, en outre, le siège de stases veineuses et d'abaissement de la température.

Il n'est point rare d'observer, dans le pied bot d'origine paralytique, la combinaison de plusieurs variétés anatomiques. Tandis, par exemple, que l'un des pieds est atteint d'équin varus, l'autre nous présente un talus valgus. C'est là, comme nous l'avons déjà dit, une association qui ne se rencontre que très exceptionnellement dans le pied bot congénital.

*Symptômes*. — Nous examinerons successivement les deux formes principales que peut revêtir le pied bot accidentel, l'équin et le talus, et auxquelles se combinent les autres déformations pour donner naissance à des formes mixtes :

1° *Équin*. — C'est, avons-nous dit, le plus fréquent des pieds bots accidentels.

a. *Premier degré*. — La flexion du pied ne peut dépasser l'angle droit; le talon touche le sol; très souvent à cette période on trouve une hyperextension de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, qui explique qu'on ait pris l'affection pour une contracture de l'extenseur propre du gros orteil.

b. *Deuxième degré*. — Ici, la déformation est plus prononcée; le pied est immobilisé dans l'extension à angle obtus sur la jambe; la marche se fait sur le talon antérieur, c'est-à-dire sur le coussinet adipeux qui revêt, au niveau de la face plantaire, les articulations métatarso-phalangiennes des orteils. Il est très habituel de voir, au bout d'un certain temps, le pied équin pur se transformer en pied creux, par le fait de la rétraction de l'aponévrose plantaire. Souvent aussi, les orteils se rétractent en même temps et prennent la forme de griffes; on a ainsi la variété qui été décrite par Duchenne (de Boulogne) sous le nom de griffe pied creux, et attribuée par ce physiologiste à la paralysie des muscles interosseux, rendant prépondérante l'action des fléchisseurs sur les deux dernières phalanges. Sans nier cette interprétation, nous ferons observer qu'il y a aussi, dans la formation de la griffe pied creux, un fait purement mécanique. En effet, sous l'influence de l'excavation exagérée imprimée à la voûte plantaire, les tendons des muscles extenseurs des orteils sont distendus outre mesure; ils dessinent alors, à la face dorsale des orteils, autant de cordes, qui impriment à l'articulation métatarso-phalangienne une extension forcée. Notons enfin que,

suyant que la paralysie a porté sur tel ou tel groupe musculaire, on peut voir l'équin combiné au varus ou au valgus.

2° *Talus.* — Le pied forme ici un angle aigu, plus ou moins marqué, avec l'axe de la jambe. La rétraction porte sur le groupe des muscles fléchisseurs, au lieu de porter sur les extenseurs comme dans l'équinisme. Les muscles du tendon d'Achille sont paralysés. Dans les cas où la déformation est à son maximum, la face dorsale du pied arrive à se mettre en contact avec la face antérieure de la jambe.

Le talus ne reste pas toujours direct; fréquemment il est associé au valgus, pour constituer un pied talus valgus. Comme l'équin, il peut se combiner au pied creux, et donner naissance au pied creux talus. D'une part, la contracture du long péronier latéral peut contribuer à exagérer la concavité de la voûte plantaire; d'autre part, il est à noter que très souvent la paralysie infantile, en frappant le triceps sural, laisse intacts les muscles de la couche profonde; les tendons des muscles fléchisseurs peuvent alors agir pour imprimer à la voûte du pied une courbure exagérée.

*Diagnostic.* — Il faut distinguer l'un de l'autre le pied bot acquis et le pied bot congénital; il faut ensuite attribuer au pied bot accidentel sa véritable origine. Dans les cas où les antécédents sont connus, il ne saurait exister aucune difficulté à cet égard. A défaut des antécédents, nous avons pour nous guider les notions anatomo-pathologiques, qui nous renseignent sur le degré de fréquence des différentes formes dans les deux grandes espèces de pied bot. Tandis que le varus équin constitue l'immense majorité des cas de pied bot congénital, que le valgus et le talus ne sont que des exceptions, au contraire, l'équin pur vient au premier rang, pour la fréquence, parmi les pieds bots accidentels; le valgus et le talus sont loin d'être rares dans ce groupe. Rappelons aussi que les déformations osseuses sont habituellement plus marquées dans les pieds bots congénitaux. La laxité des ligaments est en général plus grande dans le pied bot accidentel, tandis que la raideur articulaire et les obstacles au redressement sont plus prononcés dans le pied bot d'origine congénitale. C'est un point sur lequel a bien insisté M. Lannelongue dans sa thèse d'agrégation<sup>(1)</sup>.

Lorsque le pied bot est double, généralement on trouve, dans le pied bot congénital, des déformations de même sens sur chacun des deux pieds; au contraire, il n'est pas rare, dans les cas de pied bot paralytique, de trouver, comme l'a indiqué dans sa thèse M. Laborde<sup>(2)</sup>, des déformations en sens contraire sur chacun des membres inférieurs.

Joignons aux considérations précédentes ce fait que, dans la paralysie infantile, on peut trouver des lésions d'autres segments de membre, par exemple du membre supérieur. Les troubles trophiques peuvent encore mettre sur la voie du diagnostic; l'arrêt de développement du membre et le raccourcissement sont aussi plus marqués, d'ordinaire, dans le pied bot paralytique.

*Pronostic.* — Il est évidemment très variable, suivant la cause qui a donné naissance au pied bot. Tout ce qu'on en peut dire, d'une manière générale, c'est que si le redressement est habituellement plus facile dans le pied bot accidentel, en revanche le pronostic fonctionnel est plus mauvais que dans le

(1) LANNELONGUE, *Du pied bot*. Thèse d'agrég., 1869.

(2) LABORDE, *De la paralysie essentielle de l'enfance*. Thèse de doct. de Paris, 1864.

pied bot congénital. On ne saurait, en effet, rendre aux muscles qui ont été frappés par la paralysie infantile leur contractilité.

*Traitement.* — Le traitement peut être, selon les cas, préventif ou curatif. Connaissant, en effet, la pathogénie du pied bot accidentel, on devra se proposer, dans le traitement de toutes les affections qui peuvent lui donner naissance, d'éviter la production de cette difformité. Quand le pied bot est déjà constitué, les principes du traitement seront les mêmes que ceux qui nous ont guidés précédemment dans la thérapeutique du pied bot congénital. Nous nous efforcerons, autant que possible, d'éviter les résections osseuses; nous aurons recours, suivant les cas, soit au redressement brusque sous le chloroforme, soit au redressement lent par les appareils; les manipulations, l'électrisation, les appareils inamovibles sont encore ici les principaux adjuvants. Si ces divers moyens sont insuffisants, on a recours à la ténotomie.

Dans le pied bot hystérique, on doit, pendant la période de contracture, ne rien tenter. Plus tard, lorsque la contracture a fait place à la rétraction fibreuse, la ténotomie reprend ses droits. Tels sont les principes recommandés par le professeur Charcot, et formulés, à son instigation, par M. Terrillon, devant la Société de chirurgie<sup>(1)</sup>.

Dans les pieds bots invétérés, les résections osseuses peuvent trouver leur application; rarement on trouvera l'occasion de pratiquer la résection cunéiforme contre le varus; s'agit-il d'un équinisme pur, extrêmement prononcé, on pourra se trouver conduit à pratiquer l'extirpation complète de l'astragale.

Contre le talus accidentel, deux interventions se sont fait jour, dans ces dernières années, ce que nous devons maintenant étudier. Ce sont :

1° La transplantation des tendons péroniers latéraux;

2° L'excision du tendon d'Achille.

1° *Transplantation des péroniers latéraux.* — Cette opération a été faite pour la première fois à Vienne par Nicoladoni, le 15 avril 1881. L'extrémité supérieure des tendons péroniers sectionnés fut suturée au bout périphérique du tendon d'Achille et à la peau; au milieu de juin, on constata par l'électrisation que les péroniers transplantés pouvaient agir sur la plante du pied. A la fin de juin, le malade commença à marcher, et, au milieu de juillet, il pouvait imprimer à son pied quelques mouvements volontaires d'extension, ce qui était tout à fait impossible auparavant<sup>(2)</sup>.

Von Haker a rapporté le cas d'une petite fille de dix ans chez laquelle, cinq semaines après l'opération, on put constater un succès complet; la marche se faisait sur la plante du pied tout entière. Mais, à côté des faits précédents, Maydl cite 5 cas opérés à la clinique d'Albert, et qui ont récidivé.

2° *Excision du tendon d'Achille.* — De son côté, M. Willett<sup>(3)</sup> a cherché, en diminuant la longueur du tendon d'Achille, à placer le muscle dans des conditions plus favorables à son action. Dans son travail, l'auteur rapporte 5 cas dans lesquels l'opération a été faite avec succès; sa première opération date du 9 novembre 1879; cinq ans plus tard, le 12 mai 1884, un des résultats obtenus s'était maintenu; le résultat définitif, dans les deux autres opérations, est resté inconnu.

(1) TERRILLON, Société de chir., 28 mars 1888.

(2) NICOLADONI, *Arch. für klin. Chir.*, t. XXVII, p. 661.

(3) WILLETT, *Saint-Bartholomew's hosp. Reports*, 1880.

M. Walsham<sup>(1)</sup> a rapporté également 4 cas de cette opération, qui lui ont fourni 3 guérisons et 1 amélioration. Mais la statistique la plus importante est celle de M. Gibney<sup>(2)</sup>, qui comprend 28 opérations. Sur ce nombre, 17 fois le résultat a été excellent; 8 fois on a obtenu seulement un résultat satisfaisant, c'est-à-dire qu'il y a eu un léger allongement de la cicatrice; 5 fois le résultat a été mauvais, la difformité ayant récidivé. Les malades ont été suivis pendant un temps qui a varié de un an à deux, trois, cinq et six ans.

Nous ne dirons qu'un mot du manuel opératoire; M. Willett pratique à la peau une incision en Y, dont la queue est tournée en bas; il fait la résection du tendon, puis il le suture avec la peau elle-même dont l'incision est transformée en V, comme on la pratique dans le procédé autoplastique de Wharton Jones. M. Walsham a opéré de même. De son côté, M. Gibney ne fait pas d'excision du tendon; il se borne à le replier sur lui-même, et il maintient cette duplication du tendon par une suture à la peau.

L'opération de Willett a été l'objet des critiques de Judson<sup>(3)</sup>, qui s'est efforcé de démontrer mathématiquement que la force déployée à l'état normal par le triceps sural est considérable. Il en résulte que la cicatrice opératoire sera fatalement, au dire de cet auteur, le siège d'une elongation qui annulera le résultat.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident que les opérations nouvelles conseillées par Willett et par Nicoladoni n'ont pas encore été l'objet d'expériences suffisantes pour que nous puissions formuler sur elles un jugement définitif; il nous suffit de les avoir signalées.

Le principe de la transplantation tendineuse imaginé pour le pied bot talus par Nicoladoni a été étendu à un grand nombre d'autres formes de pied bot paralytique. C'est ainsi que Franke a réuni le bout périphérique du tendon extenseur commun des doigts au bout central du jambier antérieur; Drobnik, dans un grand nombre de cas, a transplanté sur le bout périphérique du tendon extenseur commun des doigts le bout central du tendon extenseur propre, qui avait conservé sa contractilité. Il a même divisé en plusieurs portions un muscle demeuré intact et l'a transplanté en partie seulement sur un tendon paralysé. Milliken a publié également bon nombre d'observations du même genre. Je dois avouer toutefois que la lecture de ces observations n'a pas entraîné ma conviction; dans beaucoup d'entre elles, le résultat est publié beaucoup trop tôt pour qu'on puisse le considérer comme définitif. Souvent aussi à la transplantation musculaire a été adjointe la ténotomie, de sorte qu'il est bien difficile de faire la part qui revient à chacune de ces deux méthodes dans le redressement obtenu.

Rappelons en terminant que, dans les cas où la paralysie infantile a porté sur un très grand nombre de muscles, et où il ne reste pas au malade une force suffisante pour mouvoir l'organe après son redressement, il est une troisième opération qui s'offre au chirurgien. Nous voulons parler de l'*arthrodèse*, introduite dans la pratique par le professeur Albert (de Vienne)<sup>(4)</sup>. Cette opéra-

<sup>(1)</sup> WALSHAM, *The Lancet*, 1888.

<sup>(2)</sup> GIBNEY, Acad. de méd. de New-York, 17 janvier 1890. Analysé in *Revue d'orthopédie*, 1890, p. 217.

<sup>(3)</sup> JUDSON, Acad. de méd. de New-York, 21 mars 1890. Analysé in *Revue d'orthopédie*, 1890, p. 304.

<sup>(4)</sup> ALBERT, *Traité de chir.*, t. II, p. 254.

tion, qui consiste à souder ensemble deux surfaces articulaires, de manière à produire l'ankylose, trouve au pied ses indications principales. Elle peut, suivant les cas, porter sur l'articulation tibio-tarsienne, ou sur la médio-tarsienne. Dans certains cas même, les deux articulations sont simultanément opérées. Plutôt que d'affaiblir encore par des ténotomies un membre dont le système musculaire est déjà en grande partie détruit, on se trouvera beaucoup mieux de recourir à l'opération d'Albert; on aura ainsi, il est vrai, un membre rigide, mais qui pourra fournir pendant la marche un point d'appui solide.

## 2° PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX (TARSALGIE DES ADOLESCENTS)

Par la déformation permanente qu'elle imprime au pied, l'affection que nous étudions en ce moment se rapproche du pied bot, et, à ce titre, elle devrait rentrer dans la catégorie des pieds bots valgus. Toutefois elle possède des caractères bien spéciaux: développement au moment de l'adolescence, douleurs au niveau du tarse, contractures musculaires, qui doivent lui faire conserver une place à part dans le cadre nosologique.

**Synonymie.** — Suivant l'idée que l'on s'est faite au sujet de la pathogénie, on a donné à cette affection des noms différents. M. Gosselin l'a étudiée sous le nom de tarsalgie, tandis que Duchenne (de Boulogne) l'appelle impotence du long péronier latéral. La dénomination du pied plat valgus douloureux, empruntée uniquement à la symptomatologie, a l'avantage de ne rien préjuger en faveur de telle ou telle théorie.

**Étiologie.** — Le pied plat valgus douloureux rentre dans ce groupe d'affections chirurgicales que M. Gosselin a très heureusement désignées sous le nom de maladies des adolescents. C'est en effet chez des jeunes gens de quinze à vingt ans qu'on rencontre le plus souvent cette difformité. C'est surtout chez des jeunes gens de haute taille, dont la croissance s'est faite très rapidement, qu'on voit se produire le pied plat douloureux; il faut également faire intervenir dans sa production les professions qui obligent à des marches forcées ou à des stations debout, longtemps prolongées, telles que les professions de domestique, garçon de café, garçon épicier, marchand de vin, etc. Aussi le pied plat valgus douloureux s'observe-t-il plus souvent dans le sexe masculin; toutefois il est loin d'être rare chez la femme.

On a invoqué comme causes les affections scrofuleuses et rhumatismales. A propos de la scrofule, nous ne connaissons aucun fait qui nous permette de la considérer comme une cause prédisposante au pied plat douloureux; mais il ne saurait en être de même pour le rhumatisme. Nous avons recueilli des observations qui nous permettent d'affirmer la connexion entre le rhumatisme et la tarsalgie<sup>(1)</sup>.

Le rachitisme a été regardé, à juste titre selon nous, comme une cause du pied plat douloureux; cette opinion a été défendue par Ogston et Parker<sup>(2)</sup>. On ne peut s'empêcher en effet d'être frappé de la coïncidence fréquente entre le pied plat valgus d'une part, le genu valgum et la scoliose d'autre part. En ce

<sup>(1)</sup> KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1890, p. 512.

<sup>(2)</sup> OGSTON et PARKER, *Brit. med. Assoc.* Glasgow, 1888.