

sions accessoires, de perforer la peau, de blesser les vaisseaux du voisinage, et l'on s'attachera à ne sectionner que le tendon lui-même, en n'utilisant que la longueur de lame nécessaire.

Chez les petits enfants, le procédé d'incision de la peau vers la profondeur me paraît plus sûr, bien que les avis soient encore partagés. On place tout d'abord le pied en flexion plantaire pour relâcher la peau qui recouvre le tendon, puis à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'insertion calcanéenne, on plonge la pointe du bistouri à côté du tendon, et on la fait pénétrer entre ce dernier et les téguments, jusqu'à ce qu'on la sente sous la peau du côté opposé. La lame de l'instrument étant ensuite dirigée contre le tendon, on amène peu à peu le pied en flexion dorsale avec une force croissante, jusqu'à ce que les extrémités du tendon s'écartent en produisant un certain bruit; si quelques fibres tendineuses ont échappé au ténotome, on les sectionnera ensuite avec précautions. L'opérateur novice peut se servir dans ce but d'un bistouri boutonné.

Si l'on veut opérer la section de la profondeur à la surface, on introduit le ténotome sous le tendon jusque dans le voisinage de la peau du côté opposé. On saisit ensuite le bistouri à pleine main, et pour contrôler la pointe de l'instrument, on place le pouce sur le point opposé à l'orifice de la ponction, on augmente le degré de flexion dorsale du pied, et l'on opère la section par de légers mouvements imprimés au ténotome.

Je n'ai jamais observé de perte de sang notable à la suite de cette petite opération, et il faudrait être, semble-t-il, bien maladroit pour blesser l'artère tibiale postérieure. Pour le cas où un écoulement sanguin un peu abondant viendrait à se produire par la petite plaie, il suffirait pour l'arrêter, d'exercer une compression modérée et de donner au membre une position élevée.

On a recours à la *ténotomie du tendon d'Achille* tout particulièrement dans les cas de contractures ou attitudes vicieuses en flexion plantaire de l'articulation tibio-tarsienne, contractures qui peuvent être dues soit à une rétraction cicatricielle du muscle à la suite de sa section, soit à une rétraction pathologique telle qu'on l'observe dans les contractures congénitales et acquises (paralytiques). Nous reviendrons, du reste, plus longuement sur les indications opératoires spéciales dans notre étude des contractures du pied.

Cette opération a été aussi pratiquée plusieurs fois dans le but d'éliminer la résistance du triceps sural dans les fractures obliques du tibia avec déplacement, comme aussi dans les fractures avec luxation et dans certaines luxations du pied. Ce sont surtout des chirurgiens français et anglais (MESNIER, BÉHARD, LANGIER, SHAW, HILTON, COCK, BIRKETT, etc.) qui ont pratiqué assez souvent la ténotomie dans ces conditions. En général, on peut se dispenser de cette opération grâce à l'emploi du chloroforme pour la réduction et à l'application d'un appareil immobilisateur (appareil plâtré).

On a aussi observé des cas de **rupture du plantaire grêle**. NICHOLS (Boston) a publié dernièrement une observation de ce genre. Un homme d'un fort embonpoint sentit tout à coup en marchant une douleur dans le mollet; il eut la sensation que quelque chose cédaît et perçut un bruit au même instant. La marche devint toujours plus difficile et bientôt même impossible. On trouva un épanchement sanguin s'étendant depuis le tiers supérieur du mollet jusqu'au tendon d'Achille. Le triceps sural lui-même était intact. Au bout de 4 semaines, le membre avait recouvré un état fonctionnel normal.

B. PROCESSUS INFLAMMATOIRES DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE ET DU TARSE

Considérations anatomo-pathologiques préliminaires.

§ 143. — Les **inflammations aiguës de l'articulation tibio-tarsienne et du tarse** ne présentent que peu de particularités que nous n'ayons fait connaître déjà dans notre étude des lésions traumatiques de cette région.

Les diverses formes d'inflammations aiguës s'observent ici aussi bien que dans les autres articulations. Le plus souvent il s'agit d'une **synovite aiguë séreuse**, laquelle se développe surtout à la suite de lésions traumatiques, de fractures sous-cutanées des malléoles, de distorsions de la région du tarse. Le rhumatisme articulaire aigu intéresse aussi volontiers l'articulation tibio-tarsienne, et souvent on a affaire dans cette maladie à la forme de synovite que nous venons de mentionner. Quand à la synovite traumatique, elle offre à un très haut degré la tendance à la formation de **synéchies**, à la rétraction cicatricielle de la capsule, et il en résulte volontiers une diminution d'amplitude des mouvements et des états de contracture. A propos du traitement des lésions traumatiques, nous avons déjà attiré l'attention sur ces troubles fonctionnels, et nous avons conseillé de veiller avec le plus grand soin à ce que le pied soit immobilisé à angle droit sur la jambe, c'est-à-dire dans l'attitude la plus favorable pour la marche.

L'articulation du pied peut être aussi le siège des diverses formes d'**arthrite suppurée**, parmi lesquelles nous mentionnerons en premier lieu l'arthrite catarrale et les formes plus malignes qui entraînent plus facilement une destruction des surfaces articulaires et s'observent surtout à la suite de blessures. L'**arthrite blennorragique** n'est pas très rare au pied. Le plus souvent on a affaire à une arthrite d'origine **ostéomyélique**, soit qu'un long séquestre de la diaphyse du tibia s'étende jusqu'à l'articulation, soit que l'inflammation de cette dernière ait été provoquée par de petits foyers d'ostéomyélite développés dans le tibia et l'astragale. Même les formes graves d'arthrite ne produisent souvent aucune altération notable des surfaces articulaires, et un fait généralement reconnu, c'est que, dans bien des cas, le pronostic n'en est pas moins favorable au point de vue fonctionnel, bien que l'articulation communique avec l'extérieur et soit depuis longtemps en pleine suppuration. Très sou-