

faire un raccourcissement surtout du muscle extenseur des orteils, éventuellement combiné avec la transplantation tendineuse.

e) Si la rotation interne des pieds est invincible, reste l'ostéotomie supra-malléolaire.

Enfin, je réserve mon avis comme suit: le traitement du pied bot congénital de tous les âges se fait au début de toute nécessité et exclusivement par le redressement non sanglant manuel ou mécanique.

Seulement, si celui-ci échoue ou reste incomplet, on termine plus tard par une des opérations citées plus haut.

*Commencer le traitement par une intervention sanglante, c'est une faute d'art capitale.*

\* \* \*

Je vais maintenant traiter le chapitre le plus important de mon rapport, le *traitement du pied bot paralytique*.

Je dirai tout de suite que l'identification de celui-ci avec le pied bot acquis n'est pas tout à fait exacte. Car il y a sans doute des pieds bots congénitaux résultant d'une paralysie intra-utérine; j'ai moi-même eu l'occasion d'opérer quelques cas de ce genre.

Notre devoir thérapeutique est double:

1° *Traitement de la difformité;*

2° *Traitement de la paralysie.*

Peu de mots sur la *prophylaxie*: massage régulier de la jambe, mouvements passifs du pied, extension du tendon d'Achille, bandage du pied pendant la nuit dans un appareil très simple.

S'il y a une fixation de la difformité, soit dans les parties molles, soit dans les os, on agit d'abord contre elles. Pour cela le redressement modelant suffit régulièrement: éventuellement faire la ténotomie. Un résultat durable n'est à espérer que si le pied est fixé par l'ankylose dans la bonne position et s'il n'y a pas de traction musculaire unilatérale. La première condition ne se trouve que chez des individus âgés, chez lesquels le tarse tend à l'ankylose. L'influence nuisible de la