

que d'union d'un tendon résulte, comme je viens de le dire, de la maladresse ou d'une intervention inopportune après l'opération, les adhésions aux tissus adjacents sont principalement, sinon toujours dues au mode opératoire. Si la peau qui recouvre le tendon est blessée, à plus d'un endroit : si en outre de l'ouverture d'entrée et d'une autre à un point opposé où il ne devrait pas y en avoir, la peau est lacérée et divisée, comme il arrive quelquefois, alors les adhésions auront lieu très probablement ; si en outre on se sert d'un instrument très-aigu et que l'on coupe complètement le tendon avec sa gaine, alors il surviendra presque certainement des adhésions, et ces dernières seront peut-être de nature à mettre obstacle au libre jeu des tendons divisés. Si d'un autre côté l'instrument n'est pas suffisamment aigu et que les tissus environnants soient bien pétris, le même résultat peut s'en suivre. Mais ceci ne peut être considéré comme une raison pour ne pas opérer, pas plus que ne le serait dans une amputation un lambeau mal transpercé, un os scié irrégulièrement ou une quantité insuffisante de téguments laissés pour le recouvrir.

Comme je vais avoir l'occasion, dans quelques instants, de parler de l'époque à laquelle l'opération devrait être pratiquée, je puis remarquer ici en passant que non seulement l'union d'un tendon est d'autant plus parfaite, mais de plus, que les adhésions aux tissus adjacents sont d'autant plus faibles et insignifiantes que l'âge du patient est moins avancé. Les adhésions qui surviennent quelquefois entre les bouts divisés d'un tendon et la gaine sont limitées pour la plus grande partie au tendon du tibia postérieur, et même alors seulement que la division a été faite à la malléole. Ceci n'est encore que préliminaire.

*Temps de l'opération.*—Tel est, Messieurs, le sujet principal de ma communication et que j'avais en vue lorsque j'ai accepté l'invitation du secrétaire de venir vous entretenir ce soir.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que le traitement de cette affection n'est pas toujours le même, et que les moyens mécaniques, le traitement physiologique, et l'intervention chirurgicale sont, en temps et lieu, mis à contribution. Ainsi, on ne songe pas à l'opération dans les cas où l'on a lieu de croire que la difformité, à la naissance, résulte d'une position vicieuse dans l'utérus, grâce au défaut de liqueur amniotique. Dans ces cas, il n'y a pas d'altération anatomique, on peut abaisser le talon, réduire le pied *in situ* et le maintenir en bonne position sans difficulté et sans douleur pour l'enfant. Mais quand la manipulation et toute tentative de réduction échoue, alors il faut recourir à la chirurgie et c'est ici que je réclame votre attention.

La nécessité de l'opération étant admise, quand le chirurgien doit-il juger nécessaire la ténotomie ?