

L'action irrégulière des muscles survient, à mon avis, plus souvent après la naissance, mais la difformité causée par une position vicieuse ou une pression anormale se rencontre plus communément durant la vie intra-utérine.

Il est impossible de soutenir à présent que la difformité résulte d'un arrêt de développement des os eux-mêmes, quoique cela serve encore d'excuse à ceux qui n'ont pu remplir une promesse inconsidérée de guérison certaine. Ce n'est pas mon intention de traiter la question du pied-bot, soit congénital ou acquis ; car on trouvera dans toute monographie sur le sujet beaucoup plus de renseignements que je ne pourrais vous en donner. Mon but n'est pas non plus de mentionner les différents moyens qui ont été en usage ou le sont encore pour remédier à cette difformité.

Je veux vous parler de certains préceptes de pratique, inculqués par les auteurs, et suggérer les modifications que l'expérience, tant dans la pratique d'hôpital, que dans la pratique privée m'a conduit à adopter. Comme ces dernières se rapportent à l'intervention opératoire dans le pied-bot congénital, je pourrais constater tout d'abord, que souvent les praticiens ne veulent pas recourir au ténotome, parce qu'ils redoutent quelque chose de fâcheux, quelque accident qui pourrait se déclarer et qui, sans nul doute, survient quelquefois.

Examinons ces dangers.

Quels sont les inconvénients, de nature à empêcher l'intervention, qui peuvent suivre la division d'un tendon ?

1o. La blessure peut s'irriter ; mais elle est si légère, si insignifiante et si vite guérie, qu'il n'y a pas beaucoup à craindre ;

2o. Hémorrhagie. Depuis mon premier cas en 1854, la perte de sang n'a jamais excédé vingt gouttes, rarement elle a atteint la moitié de cette quantité ; ordinairement, il ne s'écoulait qu'une, deux ou trois gouttes de sang.

3o. Inflammation. Mais elle ne peut survenir que si l'opération a été mal faite, soit en contusionnant fortement la partie saisie entre les doigts, ou avec un instrument contaminé, ou par l'admission de l'air.

4o. Le défaut d'union des extrémités du tendon divisé. C'est la crainte de cette éventualité qui en empêche plusieurs de recourir à ce procédé opératoire vraiment inoffensif. Je n'ai vu qu'un cas de défaut d'union à la suite de la ténotomie ; cela ne dépendait pas du mode opératoire, ni d'aucune diathèse particulière chez l'enfant, ni de l'absence dans et autour des extrémités divisées du blastème requis, mais du simple fait que les extrémités divisées furent séparées de suite et tenues trop éloignées l'une de l'autre par certains moyens mécaniques.

5o. Adhésions aux tissus adjacents après l'opération. Si le man-