

seur commun des orteils et le péronier antérieur. Elle comprend, en outre, l'artère, les veines et nerf tibiaux antérieurs, ainsi que l'origine du muscle pédieux.

Les tendons sont maintenus appliqués sur le squelette par le *ligament annulaire antérieur* ou *dorsal du tarse*. Ce ligament (DAL, fig. 305) a la forme d'une bandelette, aplatie, obliquement dirigée de bas en haut et de dehors en dedans. Il s'attache en bas dans l'excavation calcanéo-astragaliennne, derrière l'insertion du muscle pédieux, et, en haut, sur le tibia, au-devant de la malléole interne. Il présente, par rapport au tendon du jambier antérieur, une disposition variable : tantôt il le recouvre ; d'autres fois, il passe au-dessous de lui, comme dans la figure 305 : aussi ce tendon forme-t-il souvent à la face dorsale du pied un relief très prononcé.

De la face profonde du ligament dorsal se détachent des cloisons donnant naissance à des coulisses spéciales destinées au passage des tendons. L'une, externe, est occupée par l'extenseur commun des orteils et par le péronier antérieur, qui n'en est qu'une dépendance ; l'autre, moyenne, est réservée à l'extenseur propre du gros orteil ; la troisième, interne, livre passage au tendon du jambier antérieur quand celui-ci siège au-dessous du ligament.

Chaque coulisse est lubrifiée par une membrane synoviale très humide, susceptible de s'enflammer et de se remplir de liquide. La tumeur qui en résulte peut être étranglée vers son milieu par le ligament annulaire et prendre la forme d'un sablier.

Les muscles de la région antérieure de la jambe sont quelquefois affectés de contracture et de rétraction. Ils produisent alors une déviation du pied, le *talus*, caractérisé par une extrême flexion du pied sur la jambe, de telle sorte que le pied ne repose sur le sol que par le talon. Le talus peut être direct ou combiné avec un certain degré de *varus* ou de *valgus*, suivant que le jambier antérieur ou les péroniers latéraux contribuent plus ou moins à produire la déviation.

Lorsque le pied bot est le résultat d'une simple contracture, on ramène le membre à sa position normale à l'aide du chloroforme et l'on applique un appareil inamovible, mais cette affection présente une grande tendance à la récurrence. J'ai traité, pendant trois ans, une jeune fille atteinte de contracture douloureuse des extenseurs ; après plusieurs mois de repos et d'appareil, les douleurs cessaient, le pied conservait une bonne position et la marche était possible, mais cet état durait à peine quelques semaines et le talus douloureux reparaisait.

Dans les cas de rétraction, la difformité ne peut être vaincue que par la section des tendons, et en particulier de l'extenseur commun des orteils. Le pied bot talus est, d'ailleurs, infiniment plus rare que la difformité opposée, c'est-à-dire le pied bot *équien*.

La section des tendons doit être pratiquée au-dessus du ligament annulaire.

Celle de l'extenseur commun, en particulier, expose à la blessure de l'artère tibiale antérieure. Pour éviter cet accident, on fera la piqûre de la peau à la partie externe du tendon ; on coupera le tendon de dedans en dehors et de sa face superficielle à sa face profonde. On pourrait d'ailleurs la faire à ciel ouvert.

L'extenseur propre du gros orteil et le jambier antérieur seront divisés de dehors en dedans. Pour ménager les artères malléolaires situées au-dessous de ces tendons, on pratiquera la section lentement, de façon à s'arrêter aussitôt que l'écartement des deux bouts se sera effectué et à ne pas dépasser la gaine.

En raison de sa situation, on conçoit que le jambier antérieur relève le bord