

Malgré la sécurité que nous donne aujourd'hui l'asepsie, je persiste à conseiller la section sous-cutanée, plus simple en définitive et encore plus inoffensive que la section à ciel ouvert.

Le tendon doit être divisé à 15 millimètres environ au-dessus du talon. On emploiera, de préférence, le procédé de Bouvier. Deux ténotomes sont nécessaires, l'un aigu, l'autre mousse. Le premier est destiné à traverser seulement la peau et à faire une piqûre presque imperceptible ; le second doit être introduit sous la peau par cette voie et sectionner le tendon. Le seul accident sérieux à craindre durant l'opération, c'est la blessure des vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs, qui répendent au côté interne du tendon, mais dont ils sont toutefois séparés par un intervalle suffisant pour permettre de les éviter. Vaut-il mieux, à ce point de vue, introduire le ténotome en dedans ou en dehors du tendon ? Bouvier est d'avis qu'il faut choisir le côté où le tendon est le plus saillant, et je partage son opinion ; cependant, quand on a le choix, je préfère le côté interne. La piqûre étant faite à la peau que l'on a préalablement un peu déplacée pour détruire le parallélisme, on introduit le ténotome à plat entre la face profonde de la peau et le tendon ; portant alors le pied dans la flexion de manière à faire saillir le tendon, on coupe celui-ci de sa face superficielle à sa face profonde. Un petit bruit se fait entendre, et l'écartement s'opère tout de suite entre les deux bouts.

Si, malgré la section du tendon d'Achille, le pied ne revient pas à une position sensiblement normale, il faut en rechercher la cause immédiatement et pratiquer la section du tendon qui s'oppose au redressement. Quelquefois, c'est l'aponévrose plantaire rétractée qui produit une sorte de raccourcissement, d'enroulement du pied ; on en ferait également la section en portant le ténotome sur la partie la plus saillante de la bride, tendue autant que possible. Les artères plantaires sont situées à une distance suffisante de l'aponévrose pour que leur blessure ne soit pas à craindre. Il est, d'ailleurs, assez rare qu'on ait recours à ces opérations complémentaires, la section seule du tendon d'Achille suffisant presque toujours. Je ne parle ici que de l'enfant nouveau-né, car, plus tard, il est, en général, nécessaire de réséquer un ou plusieurs os du tarse pour ramener le pied dans une bonne position.

Une fois le tendon coupé, il faut en favoriser la restauration, mais s'opposer à tout prix à la réunion immédiate des deux bouts, puisque la guérison ne peut s'opérer que si l'on ajoute une sorte de rallonge au tendon. Pour obtenir ce résultat, j'applique immédiatement un appareil à attelles plâtrées, le pied étant maintenu à angle droit et fléchi même, s'il est possible, sur la jambe, et je laisse l'appareil un mois en place. Au bout de ce temps, le tendon est restauré, mais il est alors indispensable d'appliquer un appareil orthopédique. L'enfant a longtemps encore besoin de soins continus et intelligents, car, s'il est vrai qu'on ne saurait rien obtenir sans l'opération, celle-ci toute seule, sans les soins ultérieurs, est impuissante à donner un résultat complet.

Entre le tendon d'Achille et la portion de la face postérieure du calcanéum située au-dessus de son insertion, existe une bourse séreuse constante (BS, fig. 306), la *bourse rétro-calcanéenne*. Elle recouvre une petite portion de la face supérieure du calcanéum, remonte à 1 centimètre environ au-dessus de cette face, et s'étend de chaque côté jusqu'aux limites du tendon. Elle contient