

ARTICLE VIII.

Mal perforant du pied.

Cette affection a été signalée par Vésigné et par Leplat; on la désigne aussi sous le nom de *mal plantaire perforant*, parce que son siège de prédilection est à la plante du pied, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes; on l'observe aussi à la pulpe de l'orteil et au talon, plus rarement sur la face dorsale des orteils.

La maladie débute par un épaississement de l'épiderme ou un durillon qui prend une couleur jaune-pâle, d'un blanc mat ou parfois brune. Le derme reste indemne de toute altération; ou bien, par suite de la compression qu'il subit entre les os et la couche épidermique, il se condense; parfois il se vascularise. L'épiderme est souvent soulevé par un liquide séro-sanguin. Lorsqu'on a enlevé une portion du durillon, c'est-à-dire de l'épiderme épaissi, on constate qu'il naît bientôt de la surface du derme une saillie rougeâtre, fongueuse, qui s'échappe par l'ouverture de l'épiderme. En introduisant un stilet par cette ouverture, on reconnaît un décollement du durillon dans une certaine étendue. Le durillon est-il enlevé en totalité, on constate au-dessous de lui une ulcération formée par un nombre considérable de saillies coniques, d'une texture dense, serrée, ressemblant aux saillies d'un velours de laine, et paraissant naître du derme. Sur les limites de cette ulcération l'épiderme est épaissi, calleux, quelquefois corné; ou bien encore il présente des fissures profondes. L'ulcération fournit un liquide visqueux, presque incolore, répandant une très-mauvaise odeur, et donnant lieu, par la dessiccation, à la production d'une croûte épaisse, grisâtre, très-adhérente. L'ulcération tend à s'agrandir en surface et en profondeur. Si la maladie se développe au voisinage des bourses séreuses sous-cutanées placées à la face inférieure du calcanéum et au-dessous des articulations métatarso-phalangiennes du premier et du cinquième orteil, ces sacs s'enflamment bientôt et la phlegmasie peut se propager aux gaines tendineuses, aux articulations et aux os, d'où une carie ou une nécrose.

La cause de cette affection est obscure. On a cru pouvoir s'en rendre compte en admettant une pression du derme entre le durillon et une saillie osseuse. Cette explication nous paraît insuffisante.

Si on est appelé au début du mal, il faut enlever la production épidermique. S'il existe déjà une ulcération, on cautérise celle-ci avec le nitrate d'argent, la potasse caustique. Plus tard encore, quand les désordres se sont étendus aux articulations ou aux os, on est réduit parfois à enlever une portion du pied.

ARTICLE IX.

Tarsalgie.

Sous le nom de *tarsalgie*, ou *arthralgie tarsienne* des adolescents, Gosselin a désigné une affection du pied, décrite avant lui sous le nom de *valgus pied-plat douloureux* (Bonnet, Guérin), caractérisée par une douleur plus ou moins vive, de la claudication; la difficulté ou même l'impossibilité de la marche et de la station debout, la gêne ou l'abolition plus ou moins complète des mouvements du pied; la contracture des péroniers latéraux, du péronier antérieur, de l'extenseur commun des orteils, quelquefois du jambier antérieur, de l'extenseur propre du gros orteil, et enfin la déviation du pied en dehors.

Les causes de cette affection sont nombreuses: elle se développe à la suite d'entorses, de contusions portant sur l'articulation tibio-tarsienne ou sur les jointures du tarse; l'adolescence, l'accroissement rapide du corps, le tempérament lymphatique, le vice rhumatismal, une profession qui exige des courses longues et fréquentes ou la station debout prolongée, le pied-plat, sont les causes les plus ordinaires.

La douleur apparaît d'abord, la claudication ensuite; bientôt surviennent la contraction des muscles et l'abolition des mouvements. Ces derniers symptômes sont d'abord intermittents: ils ne se montrent que quand le sujet a beaucoup fatigué, et ils disparaissent sous l'influence du repos au lit. Quand la maladie est peu prononcée, il est possible de faire disparaître la contracture et de ramener les mouvements du pied pendant le sommeil anesthésique; quand la maladie a atteint sa dernière période, la contracture et l'abolition des mouvements persiste.

Les lésions anatomiques de cette affection démontrent qu'elle est de nature inflammatoire: sécheresse et injection de la synoviale, usure et état velvétique des cartilages, légère injection du tissu osseux (Cabot).

Gosselin a toujours vu guérir l'affection, quand elle est peu prononcée, par le repos au lit et l'appareil inamovible appliqué pendant un mois. La section des péroniers latéraux est inutile; si l'on craint une récurrence, on fait porter au malade une bottine de Bonnet. Quand la contracture et la déviation du pied sont permanentes, s'il n'y a pas de douleur, on abandonne la maladie à elle-même, en conseillant au malade de porter un appareil; s'il y a de la douleur, celle-ci disparaît promptement par le repos et l'appareil inamovible.

ARTICLE X.

Exostose de la face dorsale de la dernière phalange du gros orteil.

Cette affection, décrite par Dupuytren, est constituée par une exostose développée sous l'ongle du gros orteil; il en résulte que cette production cornée est peu à peu repoussée en haut. L'examen anatomo-pathologique

démontre que la tumeur est formée par une production osseuse, composée de tissu spongieux enveloppé d'une lame compacte, née sur la face dorsale de la seconde phalange du gros orteil.

Les causes sont inconnues. Le diagnostic est facile : la dureté de la tumeur, sa continuité avec la phalange osseuse, sa marche très-lente, le soulèvement de l'ongle, la douleur développée par la pression et pendant la marche, sont autant de circonstances qui ne permettent pas de se tromper.

Le seul traitement est l'ablation de la production osseuse. On emploie un bistouri dont la lame très-forte a la forme d'une serpente. Lorsque l'exostose n'occupe que la portion tout à fait antérieure de la phalange, on respecte l'ongle, en insinuant l'instrument sous ce dernier. Si la tumeur s'étend plus en arrière, on enlève au préalable une portion de l'ongle.

FIN DU TOME SECOND ET DERNIER.

Exostose de la face dorsale de la dernière phalange du gros orteil. Cette affection, décrite par Dupuytren, est constituée par une exostose développée sous l'ongle du gros orteil; il en résulte que cette production osseuse est peu à peu repoussée en haut. L'examen anatomique...

TABLE DES MATIÈRES.

Pages. SECTION XI. MALADIES DE LA CORNÉE. 1 CHAPITRE I. Anomalies de la cornée. 1 CHAPITRE II. Blessures de la cornée 2 CHAPITRE III. Corps étrangers de la cornée. 6 CHAPITRE IV. Brûlures et cautérisations de la cornée. 8 CHAPITRE V. Inflammations de la cornée ou kératites. 9 CHAPITRE VI. Affections de la cornée, consécutives à la kératite. 25 ARTICLE I. Pannus. 25 ARTICLE II. Kératocèle 27 ARTICLE III. Perforations de la cornée. 28 ARTICLE IV. Fistules de la cornée. 29 ARTICLE V. Taches de la cornée 29 ARTICLE VI. Staphylôme opaque de la cornée. 33 CHAPITRE VII. Tumeurs de la cornée. 37 ARTICLE I. Staphylôme conique transparent de la cornée 37 ARTICLE II. Tumeurs diverses de la cornée. 40 CHAPITRE VIII. Affections diverses de la cornée. 41 SECTION XII. MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE. 43 CHAPITRE I. Anomalies de la sclérotique 45 CHAPITRE II. Blessures de la sclérotique. 45 CHAPITRE III. Inflammation de la sclérotique. 45 CHAPITRE IV. Staphylôme scléro-choroïdien 46 SECTION XIII. MALADIES DES CHAMBRES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE . . . 49 CHAPITRE I. Corps étrangers des chambres antérieure et postérieure. 49 CHAPITRE II. Inflammation de la membrane de Descemet 51 CHAPITRE III. Hypopyon. Hypolympha. 54 CHAPITRE IV. Hypohéma. 56