

elle peut être due à une chaussure trop courte qui a comprimé le pied et les orteils à la période de croissance. La déformation particulière du pied qui, nous l'avons dit, accompagne assez souvent la contracture du gros orteil en flexion, consiste dans une courbure exagérée de la voûte plantaire, surtout dans la région des articulations tarso-métatarsiennes (pied creux).

Les tendons des extenseurs, surtout celui du gros orteil, sont fortement tendus, la première phalange est fléchie du côté dorsal, et la seconde du côté plantaire. Dans la marche les têtes métatarsiennes sont fortement comprimées, et la peau qui les recouvre devient le siège de callosités. Il en est surtout ainsi de la tête du premier métatarsien. On comprend que, dans ces conditions, le malade souffre en marchant. Les douleurs sont surtout très vives chez les individus qui fatiguent beaucoup leurs pieds, entre autres chez les soldats, et avant tout chez les jeunes officiers. Après une marche de longue durée, et surtout après une marche de parade, le pied devient le siège de douleurs à caractères névralgiques, qui obligent le malade à garder le repos. Plusieurs fois j'ai réussi à faire disparaître ces symptômes douloureux par la section sous-cutanée du tendon de l'extenseur du gros orteil, suivie de l'application d'une semelle en bois plus longue que le pied, munie en arrière d'un contre-fort qui maintient le talon, et portant en avant un plan incliné dont la forme doit correspondre à celle de la partie antérieure de la face plantaire. Le mieux est de prendre l'empreinte de cette dernière au moyen de plâtre, et de confectionner la semelle en bois d'après ce modèle. Cette espèce de sandale est fixée au pied à l'aide d'une bande de flanelle aussi fortement que le malade peut le supporter; en outre, on fera en sorte que les orteils soient bien en contact avec l'appareil. Ce dernier restera constamment appliqué pendant quelque temps, puis on ne le fera porter que la nuit. Mais le malade devra toujours se servir pour la marche de souliers à talon bas et plat, et à semelle d'une longueur égale à celle du pied complètement étendu. Grâce à ce moyen de traitement, j'ai obtenu, dans nombre de cas, des résultats assez satisfaisants pour permettre à des soldats de reprendre leur service interrompu.

Les quatre derniers orteils peuvent également présenter une déviation latérale soit en dedans, soit en dehors; celui d'entre eux qui est dévié vient alors se placer au-dessus ou au-dessous des orteils voisins. Ces déviations latérales, qui sont dues aussi à une mauvaise chaussure, sont en somme beaucoup moins gênantes que lorsqu'il s'agit du gros orteil. On observe aussi des contractures en flexion qui se montrent à la suite d'inflammations des articulations, ou sont la conséquence de la pression exercée sur le pied par une chaussure trop courte; parfois aussi elles succèdent à une paralysie. Cette forme de contracture gêne davantage la marche qu'une déviation latérale, et l'amputation est souvent le meilleur moyen de traitement. Rarement on aura des raisons pour chercher à corriger l'attitude vicieuse par un appareil convenable, à la suite de

la ténotomie du tendon fléchisseur, ou pour avoir même recours à une résection.

La **contracture en flexion du second orteil** mérite une mention spéciale, à cause des troubles fonctionnels graves qui en sont la conséquence. L'extrémité de l'orteil se met en contact avec le sol dans la marche, tandis que la chaussure exerce une pression sur la face dorsale de la phalange moyenne, laquelle est beaucoup plus élevée qu'à l'état normal et présente, en général, une peau indurée, calleuse. Peu à peu les articulations se modifient en conséquence, et elles peuvent devenir le siège d'une subluxation. Dans un cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer, l'articulation faisait ressort lorsqu'on imprimait des mouvements à l'orteil, et ce phénomène, qui était très accusé, s'accompagnait d'une vive douleur. DIEFFENBACH avait déjà fait mention de cette affection, que DUBREUIL considère comme la conséquence d'une inflammation articulaire. Cette dernière aurait pour point de départ une bourse séreuse enflammée sous-jacente à un durillon (œil-de-perdrix). Dans ce cas, on fera bien, le plus souvent, de pratiquer la désarticulation de l'orteil.

§ 178. — C'est l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil qui, en général, est la première affectée d'**arthrite goutteuse**.

La **podagre** est une affection qui atteint essentiellement les classes aisées de la population, mais qui est assez rare d'une manière générale, du moins en Allemagne. Son étiologie est à tel point du ressort de la clinique interne, que les phénomènes qui se produisent dans les articulations comme manifestation locale de la diathèse urique, sont traités par les médecins, tandis que les chirurgiens ne sont appelés à donner leurs soins qu'aux lésions ultérieures qui se produisent dans les articulations à la suite d'un certain nombre d'accès de goutte.

La podagre n'est autre qu'une synovite avec phlegmon intense péri-articulaire, conséquence des dépôts d'acide urique libre dans l'articulation et le voisinage de cette dernière.

Chez une personne jouissant jusque-là d'une bonne santé, les faces plantaire et dorsale de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil deviennent tout à coup le siège d'une tuméfaction notable très douloureuse avec forte tension de la peau, laquelle est d'un rouge éclatant. Le phlegmon péri-articulaire est tellement intense qu'une suppuration étendue de l'articulation paraît imminente. Mais il n'en est rien, car les symptômes, après s'être aggravés peu à peu pendant quelques jours, ou même pendant toute une semaine, diminuent ensuite tout aussi lentement. Les accès se répètent à des intervalles très variables. Dans un très grand nombre de cas, les phénomènes inflammatoires disparaissent, sans laisser aucune trace.

Par contre, dans d'autres cas, l'articulation devient peu à peu le siège d'altérations semblables à celles de l'arthrite déformante. Parfois aussi se forment dans l'articulation et son voisinage, les gaines tendineuses, le tissu sous-cutané, des *dépôts d'acide urique* qui peuvent subsister longtemps, sans irriter beaucoup les tissus, ou provoquent au contraire une inflammation avec rougeur de la peau et formation d'abcès. Mais ce qui fait la gravité de l'affection goutteuse, c'est qu'elle ne reste pas limitée à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, mais se propage finalement à d'autres articulations, et que les jointures intéressées offrent, en général, une assez grande tendance à certaines altérations persistantes (arthrite déformante).

Le **traitement** général de la disposition goutteuse appartient à la médecine proprement dite. Il consiste à prescrire au malade un régime approprié et l'usage d'eaux minérales en boisson et en bains; les eaux salines et les eaux thermales indifférentes sont celles qui conviennent le mieux dans la goutte, et ces dernières sont surtout indiquées dans les cas où la maladie a envahi un grand nombre d'articulations.

Quant à l'attaque goutteuse elle-même, elle est peu accessible à nos moyens de traitement. Les douleurs, parfois très intenses, seront combattues par des injections de morphine. Localement on a recours aux compresses froides, à la vessie de glace, etc. En général, les vieux goutteux, qui savent que leur accès évolue en un temps déterminé, se font eux-mêmes peu à peu un plan de traitement habituellement fort simple. Les moyens qu'ils emploient le plus souvent, n'ont pas, il est vrai, une valeur thérapeutique positive, car ils consistent simplement à garder le repos dans la position horizontale, à ne recouvrir que légèrement le membre malade, et à le frictionner avec des corps gras. On devra bien se garder de pratiquer des incisions, comme on l'a fait déjà maintes fois à la suite d'erreurs de diagnostic. Même lorsqu'elles sont faites avec précautions, ces incisions ne sont d'aucune utilité et ne font que retarder la guérison; en outre, la moindre faute commise peut entraîner la suppuration de l'articulation.

## 2. Parties molles.

§ 179. — On observe très souvent au pied les diverses formes de **gangrène**. Nous décrirons tout d'abord celles qui sont dues au marasme chez les vieillards, et sont connues sous le nom de **gangrène sénile**.

A la suite d'une légère blessure, par exemple celle que l'on produit parfois en se coupant les ongles, on voit apparaître des stases inflammatoires qui sont suivies d'une mortification des parties molles. Assez souvent, il existait déjà auparavant des signes d'une nutrition imparfaite des tissus, à savoir un abaissement de la température, une diminution de la sensibilité dans les pieds, etc. Lorsque la gangrène est précédée de symptômes inflammatoires, on observe, en général, un œdème plus ou moins considérable de la partie malade, et la mortification des tissus fait des progrès rapides, tout en s'accompagnant de douleurs violentes.

Parfois cependant la gangrène reste dans des limites modérées, l'œdème inflammatoire disparaît et laisse seulement à sa suite une légère hyperémie veineuse de la peau; mais il se produit alors facilement une récidive.

Dans ces cas d'irritation inflammatoire, avec œdème de la peau, la gangrène est presque toujours humide, et elle se propage le long du pied jusqu'à la jambe, où elle s'arrête.

Dans les cas décrits par les auteurs, il s'agit d'une *thrombose des petites artères terminales*, qui, développée sous l'influence du marasme, se propage peu à peu et se termine souvent par la mort, surtout s'il s'agit de personnes âgées, ce qui est presque toujours le cas. Plus rares sont les formes de gangrène dues à une *embolie* ou à une *thrombose des gros troncs artériels*.

Une ischémie aiguë d'une partie du membre inférieur se produit ici tout à coup, à la suite de l'oblitération d'un gros tronc artériel par une embolie, accident qui n'est pas rare dans l'endocardite aiguë. L'embolus s'arrête alors le plus souvent dans l'artère fémorale, surtout dans celle du côté gauche. La partie frappée d'ischémie, devient le siège de violentes douleurs; elle se refroidit et perd sa sensibilité. On constate *l'absence de pulsations le long de l'artère au-dessous de la partie indurée qui est le siège de l'oblitération*. Ici encore, on peut observer une gangrène humide lorsque l'oblitération du vaisseau a été suivie d'abord d'une stase veineuse et d'un œdème avec hyperémie; dans le cas contraire, la gangrène reste sèche, il se produit une momification du membre.

Bien plus rarement, le vaisseau s'oblitére lui-même, sans qu'il y ait eu embolie. Le thrombus se forme alors sur les points malades de la paroi vasculaire (thrombus autochthone, thrombose primitive des artères). Les phénomènes qui se produisent alors, sont les mêmes qu'à la suite de l'embolie; quelquefois cependant, grâce à la circulation collatérale, l'ischémie peut disparaître et la gangrène ne pas se développer ou rester limitée à certaines parties du membre.

Dans toute gangrène du pied qui se développe et s'étend graduellement, il faut avoir soin d'examiner l'urine, afin de s'assurer si elle contient du sucre. En effet, non seulement chez les individus âgés, mais aussi chez des personnes jeunes paraissant jouir d'une bonne santé, le diabète sucré est la cause de certaines gangrènes qui se produisent même à la suite de lésions très légères, et ne se guérissent que lorsque, par un traitement approprié, on a fait disparaître le sucre de l'urine. D'autre part, comme ROSER l'a fait remarquer à bon droit dans maintes occasions, on ne doit entreprendre des opérations chez les individus affectés de diabète, qu'après avoir obtenu une amélioration de l'état général en tant que ce dernier est sous la dépendance de la glycosurie. Mentionnons enfin certaines formes encore plus rares de mortification des tissus, à savoir la *gangrène par le seigle ergoté*, la *gangrène symétrique*, etc.

Une forme de gangrène que le chirurgien est appelé à traiter plus souvent que les précédentes, est celle qui se produit lorsque les membres inférieurs ont été soumis pendant longtemps à l'action d'un froid intense, et qui a été désignée sous le nom de *gangrène par congélation*. Lorsque, comme c'est le plus souvent le cas, on voit le malade pour la première fois le lendemain du jour où il a été exposé au froid, on constate que les pieds, et même aussi les jambes, sont violacés, froids et notablement tuméfiés; la peau est extrêmement tendue, et l'on voit se développer rapidement une gangrène humide d'étendue variable. Assez souvent une partie du pied est, déjà à ce moment, frappée de gangrène, mais cette dernière se propage ensuite dans les tissus qui sont le siège d'un gonflement inflammatoire, et qui bientôt présentent sur une grande étendue les signes de la décomposition putride. Plus rarement on observe une gangrène sèche, une momification des tissus.