

nerfs. A la plante du pied, chez les personnes qui ont une peau tendre, des callosités se forment surtout volontiers dans la région du talon et dans celle des têtes métatarsiennes. Comme la peau de ces régions est, déjà à l'état normal, très épaisse et riche en papilles nerveuses, ces callosités sont capables de déterminer des douleurs intolérables dans la marche et la station debout. Encore plus fréquentes sont les productions épidermiques bien connues de tout le monde, que l'on désigne sous le nom de *cor* ou d'*œil-de-perdrix*, et qui se forment de préférence sur les saillies osseuses et articulaires qui subissent la pression de la chaussure, c'est-à-dire au niveau de la tête du premier métatarsien, ainsi qu'à la face dorsale des articulations inter-phalangiennes, et surtout de la dernière articulation du cinquième orteil. Peu à peu se produit un épaissement de l'épiderme qui prend la consistance et l'aspect de la corne, et s'enfonce dans le derme en déprimant ce dernier en forme de cupule. La partie profonde pointue du cor est en rapport avec le corps papillaire, et exerce une pression sur les nerfs de ce dernier. Les douleurs sont accrues par le fait du développement, au-dessous du cor, de petites bourses séreuses qui, quelquefois, communiquent avec l'articulation sous-jacente, et parfois aussi avec une gaine tendineuse. Ces bourses séreuses peuvent s'enflammer, s'ouvrir au dehors, et donner ainsi naissance à une fistule. Si l'ouverture de cette dernière s'oblitére, la rétention du liquide sécrété donne lieu à des douleurs très intenses, et elle peut même déterminer une lymphangite du pied et de la jambe. Dans certaines circonstances, l'inflammation peut même se propager aux petites articulations interphalangiennes et aux gaines tendineuses, et revêtir ainsi un caractère plus sérieux, bien qu'en général, cette complication ne soit pas très grave.

J'ai vu dans un cas la fistule d'une bourse séreuse sous-jacente à un cor, être le point de départ d'inflammations multiples des gaines tendineuses des fléchisseurs et extenseurs, des péroniers, du jambier postérieur. De ces gaines des tendons le processus inflammatoire se propagea peu à peu à toutes les articulations du tarse, et même finalement à l'articulation tibio-tarsienne. Il est vrai que le malade en question présentait, à un degré très marqué, les lésions de l'athérome avec calcification des parois artérielles.

Les cors sont simplement la conséquence de la *pression exercée par la chaussure*, mais nombre d'individus y sont surtout prédisposés, à cause de la forme particulièrement défavorable de leurs pieds. Ces hyperplasies locales de l'épiderme se produisent dans des conditions analogues à celles qui, nous l'avons vu, font dévier le gros orteil dans le sens de l'abduction (*hallux valgus*), c'est-à-dire qu'elles sont la conséquence de la pression exercée sur les articulations métatarso-phalangiennes et interphalangiennes par une chaussure trop étroite et trop basse. Des bottines bien adaptées à la forme du pied constituent ici le moyen de

traitement le meilleur et le plus rationnel. Mais si le malade n'est pas dans la position de se procurer une chaussure convenable, on est obligé de se contenter de moyens palliatifs, parmi lesquels nous devons mentionner en première ligne *l'excision du cor*. A l'aide d'un bistouri à lame peu tranchante, on enlève peu à peu la masse épidermique, en procédant couche par couche. *Cette opération ne doit pas être pratiquée sans une désinfection convenable des orteils et des instruments*. Grâce à cette précaution, si l'on venait à blesser accidentellement le derme ou la bourse séreuse sous-jacente, on n'aurait pas à craindre de voir survenir des symptômes graves d'infection. Nombre d'emplâtres vantés comme moyen de traitement des cors, agissent d'une façon analogue en ramollissant les couches cornées de l'épiderme, qui se détachent ensuite facilement. L'usage fréquent de bains de pieds chauds peut avoir également quelque efficacité. Lorsque, en coupant le cor, on a ouvert accidentellement une bourse séreuse, ou que l'on a été obligé de l'inciser, à cause de l'inflammation dont elle était le siège, il faut avoir soin d'établir une ouverture suffisante en excisant la paroi indurée qui la recouvre. Parfois on arrive encore mieux au but, et avec moins de douleur, en introduisant dans la fistule un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe. Dans l'un et l'autre cas, la petite plaie doit être désinfectée et recouverte d'un pansement antiseptique (lint boriqué ou iodoforme).

On peut prévenir une récurrence en faisant porter un anneau formé d'un certain nombre de couches de sparadrap superposées, et entourant l'endroit où se trouvait le cor.

Pour ce qui concerne les autres affections des orteils, la polydactylie, la mégalodactylie, les affections des ongles et les divers processus inflammatoires qui tous sont beaucoup plus rares qu'à la main et aux doigts, nous renvoyons le lecteur au chapitre consacré aux maladies de cette partie du membre supérieur.

C. DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE MÉTATARSE ET LES ORTEILS

§ 184. — Nous pouvons nous dispenser d'entrer ici dans de longs détails, d'autant plus que les diverses méthodes opératoires qui sont applicables aux métatarsiens et aux orteils, ont été déjà longuement décrites à la fin de la première partie de ce volume (§ 136, page 300).

Lorsque, dans un cas de blessure ou de maladie de la partie antérieure du pied, on juge qu'il y a possibilité de conserver les articulations tarso-métatarsiennes, il va sans dire que l'on aura recours à l'amputation dans la continuité du métatarse. Une condition essentielle, c'est que l'on dispose d'une étendue suffisante de téguments sains, car ici encore, le moignon doit être recouvert par un lambeau plantaire, afin que la cicatrice se trouve reportée sur la face dorsale du pied. Le procédé opératoire ressemble, du reste, tout à fait à celui de la désarticulation de LISFRANC, sauf que l'on scie les métatarsiens, au lieu de les désarticuler.

Nous avons déjà fait remarquer plusieurs fois que lorsqu'il s'agit du pied, il n'y a pas avantage à être par trop conservateur. Ainsi les avis sont déjà partagés sur la question de savoir si l'on rend un grand service au malade en opérant la **désarticulation ou l'amputation du métatarsien du gros orteil**; cependant deux de mes malades auxquels j'avais pratiqué la désarticulation du premier métatarsien, ont fort bien marché à la suite de cette opération. La désarticulation d'un ou même de deux **métatarsiens moyens** a moins d'inconvénients. Mais lorsqu'on est obligé d'en enlever trois, il est toujours préférable d'avoir recours à l'amputation transversale du métatarse.

Pour l'**amputation ou la désarticulation soit du premier, soit du cinquième métatarsien**, on peut avoir recours au procédé d'incision ovulaire avec l'ouverture de l'ovale dirigée latéralement. On fait, le long du bord libre du métatarse, une incision longitudinale s'étendant depuis l'articulation tarso-métatarsienne jusqu'à celle du métatarsien avec la première phalange, où elle se divise de façon à comprendre l'orteil entre ses deux branches. Pour les orteils du milieu on fait l'incision longitudinale sur la face dorsale du pied, et les deux branches de la raquette contournent l'orteil de chaque côté pour se diriger vers la face plantaire. S'agit-il de désarticuler deux métatarsiens, on taille comme à la main deux lambeaux par une incision en I. Suivant que les métatarsiens à enlever sont les deux premiers ou les deux derniers de la série, la branche longitudinale de l'incision suivra le bord du premier ou du dernier métatarsien, tandis que les branches transversales passent sur les articulations tarso-métatarsiennes et métatarso-phalangiennes, et s'étendent à égale distance du côté dorsal et du côté plantaire. Par contre, si l'on a à désarticuler deux métatarsiens du milieu, on peut avec l'incision en I, respecter la face plantaire. On fait l'incision longitudinale entre les métatarsiens à enlever et les incisions transversales sur les articulations tarso-métatarsiennes et métatarso-phalangiennes; la branche transversale antérieure contourne en raquette les deux orteils pour se diriger du côté plantaire. Après avoir ouvert les articulations, on enlève les deux os à la fois avec les orteils correspondants. Les deux lambeaux latéraux peuvent être ensuite réunis par des sutures.

Quant aux **désarticulations des orteils**, elles se font tout à fait d'après les mêmes procédés que celles des doigts. Seul le gros orteil occupe ici une place à part, à cause des grandes dimensions de son articulation avec le premier métatarsien. Il s'agit, en effet, d'avoir des téguments en quantité suffisante pour recouvrir la tête volumineuse de cet os. Dans ce but, on a recours à la méthode à deux lambeaux, ou bien à l'incision ovulaire partant de la face dorsale. Si les os sésamoïdes sont sains, on peut les conserver, mais lorsqu'on trouve du pus dans l'articulation, il vaut mieux les enlever, car ils peuvent devenir le siège d'une suppuration persistante qui ne tarit qu'après leur extirpation.

On n'est que rarement appelé à pratiquer la **résection d'un métatarsien**. Le plus souvent, il s'agit d'un séquestre à enlever, à la suite d'une ostéomyélite; par contre, la résection totale, surtout du premier métatarsien, est une opération de peu de valeur, car par suite de la rétraction cicatricielle, l'orteil correspondant se déforme et devient inutile. Du reste, le manuel opéra-

toire est assez simple. Une incision longitudinale met l'os à nu, et pendant que l'on fait écarter le tendon extenseur, avec la rugine, on détache le périoste de toute la surface de l'os, puis, suivant les cas, on extirpe l'os tout entier après l'avoir désarticulé, ou bien on résèque seulement l'une des deux extrémités, ou bien encore on en enlève un segment dans la continuité, à l'aide de la scie de LANGENBECK, de la scie à chaînette ou de la pince ostéotome.

Quant à la résection de l'articulation métatarso-phalangienne, nous l'avons décrite, à propos de l'attitude vicieuse du gros orteil en abduction (§ 182).