

dermiques, en s'y accumulant, lui donnent la dureté et la résistance de la corne. Lorsque la pression porte plus spécialement dans un point, il se produit un *durillon*. Au-dessous du durillon se développe ensuite une bourse muqueuse susceptible de s'enflammer et de suppurer. Il s'établit alors un trajet fistuleux, qui devient de plus en plus profond et arrive jusqu'au squelette; les os sont atteints à leur tour et, finalement, on constate un trajet qui s'étend d'une face à l'autre du pied. On donne à cette affection, dont la marche est lente et insidieuse, le nom de *mal plantaire perforant*.

Beaucoup de chirurgiens se sont occupés de la pathogénie de cette singulière affection. On l'a rattachée à des troubles circulatoires produits par l'athérome; on a invoqué la lésion du système nerveux déterminant des troubles trophiques analogues à ceux qui se produisent sur la pulpe des doigts, sur les ongles, etc., à la suite de la section des nerfs du bras. Les autopsies sont venues démontrer l'inexactitude de la première opinion; quant à la seconde, elle s'appuie sur l'indolence de la maladie, le peu de douleur que fait ressentir l'exploration, la zone d'anesthésie qui entoure parfois, mais rarement, la fistule. Il n'est pas douteux, d'ailleurs, que des ulcérations de la peau, des arthrites, des caries surviennent à la suite des blessures du système nerveux, et j'ai observé des lésions de ce genre sur le jeune homme dont j'ai parlé plus haut, auquel Trélat avait, plusieurs années auparavant, retranché une portion du nerf sciatique atteint de myxome. Mais, en ce qui concerne le mal perforant proprement dit, je n'accepte l'intervention du système nerveux que comme cause prédisposante, et, encore, pas toujours.

Le mal perforant est le résultat d'une malformation congénitale ou acquise du pied, qui fait que la pression du poids du corps, n'étant plus uniformément répartie sur toute la voûte, s'exerce en un point déterminé et amène insensiblement la série des accidents décrits plus haut; et la preuve, c'est que le repos seul guérit le plus souvent, et vite, un mal perforant, si invétéré qu'il soit. Comment expliquer autrement le fait suivant? et j'en ai observé bien d'autres analogues. Un jeune homme de vingt-sept ans entre dans mon service avec un double mal perforant, au niveau de la tête de chaque premier métatarsien; le stylet arrive jusque sous la peau de la face dorsale en passant à travers l'articulation. Le malade avait quitté la campagne pour venir comme garçon d'hôtel à Paris, où il montait les escaliers du matin au soir. Je le mis au repos, m'abstenant de tout autre traitement: la guérison était complète après trois mois. Je fis faire une chaussure telle que la pression ne portât plus sur le même point, et le malade reprit sa profession sans inconvénient, ainsi que j'ai pu m'en assurer depuis.

En conséquence, il ne faut jamais amputer un sujet atteint de mal perforant avant de l'avoir soumis à un repos complet et prolongé: le malade doit porter, après la guérison, une chaussure spéciale dans le but de répartir uniformément la pression du poids du corps sur les trois piliers de la voûte.

A chacun de ces piliers correspond une bourse muqueuse normale décrite par Lenoir; ces bourses siègent profondément sur le squelette, et je ne serais pas éloigné de croire qu'elles puissent, au même titre que les bourses muqueuses accidentelles développées sous un durillon, être parfois le point de départ d'un mal perforant.