

la plaie. Je conseille de ne tenter l'extraction que si l'on sent préalablement l'objet avec le doigt à travers la peau, et, même alors, l'opération est encore délicate ; mais elle sera désormais singulièrement facilitée par la radiographie.

Certains sujets sont atteints d'une douleur vive et tenace du talon, sans qu'il existe aucune lésion appréciable à la vue, ni au toucher. Elle est comparable à la coccyodynie, dont j'ai parlé plus haut, et la cause en est très obscure. Nulle lorsque le sujet est au repos, la douleur apparaît dès qu'il est debout, et l'empêche de marcher. Elle était si vive, dans un cas, et si limitée, que je cédaï aux instances du malade et fis une incision, dans la pensée qu'il existait peut-être un corps étranger, le malade ayant marché quelque temps auparavant pieds nus sur une plage, mais je ne trouvai rien. Je préviens que la sensation fournie au stylet par les cloisons qui emprisonnent les îlots graisseux pourrait en imposer pour un corps étranger. La douleur du talon résiste à tous les traitements et finit par disparaître spontanément.

A. Desprès la rattachait à une contusion produite par la station debout prolongée et l'avait plusieurs fois observée chez des gardiens de la paix, par exemple, mais, dans beaucoup de circonstances, cette cause ne saurait être invoquée. On a vu l'affection apparaître sur des sujets atteints de blennorrhagie, et je ne serais pas éloigné de croire qu'elle est due, dans ce cas, à l'inflammation de la bourse séreuse sous-calcanéenne de Lenoir.

L'*aponévrose plantaire* est extrêmement résistante. Étendue du calcaneum à la racine des orteils et d'un bord du pied à l'autre, elle présente la même forme que la région plantaire, c'est-à-dire celle d'un triangle dont le sommet est en arrière et la base en avant. De même que l'aponévrose palmaire, avec laquelle elle affecte beaucoup de ressemblance, elle se divise en trois portions continues entre elles par leurs bords : une moyenne, *aponévrose plantaire moyenne*, et deux latérales, *aponévrose plantaire externe*, *aponévrose plantaire interne*.

L'*aponévrose plantaire moyenne* (PM, fig. 311) est la plus résistante des trois. Elle est composée de fibres parallèles dirigées d'arrière en avant.

En arrière, ces fibres forment un faisceau compact qui s'attache aux deux tubérosités du calcaneum. En avant, le faisceau s'élargit, s'amincit, et se divise en plusieurs languettes reliées entre elles par des fibres transversales. Au nombre de cinq, ces languettes ne tardent pas à se subdiviser elles-mêmes pour aller s'attacher aux métatarsiens correspondants et aux articulations métatarso-phalangiennes.

L'aponévrose plantaire moyenne joue le rôle d'une corde, qui sous-tend l'arc décrit par le squelette du pied depuis le calcaneum jusqu'à la tête des métatarsiens, et contribue puissamment à maintenir la courbure plantaire. Il suit de là que, lorsqu'elle est rétractée, la courbure s'exagère ; le pied se fléchit et s'enroule sur lui-même ; c'est ce qu'on observe dans certains cas de pied bot varus équin, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer plus haut. Si cette déformation est portée assez loin pour qu'on ne puisse espérer la corriger à l'aide des appareils, il convient de pratiquer la section sous-cutanée de l'aponévrose, opération peu grave, en raison de l'éloignement des artères plantaires.

L'*aponévrose plantaire externe* (PE, fig. 311) est presque aussi résistante que la moyenne, surtout en arrière. Elle se fixe en ce point sur le calcaneum ; en avant, sur le cinquième métatarsien ; elle se continue, en dedans, avec