

taire, à la suite de la pression longtemps prolongée du poids du corps sur des sujets dont le squelette n'a pas encore subi son développement complet ; et la douleur résulte de la distension des ligaments, qui en est la conséquence nécessaire. Cette hypothèse me semble expliquer, mieux que les précédentes, pourquoi, au début de l'affection, le pied reprend sa forme aussitôt que le malade n'est plus debout, et surtout pourquoi la douleur disparaît instantanément par la position horizontale.

Les os ne peuvent s'affaisser sans qu'il survienne entre eux des frottements, qui déterminent à la longue une légère arthrite avec usure des cartilages, mais ces phénomènes sont secondaires, ainsi que les contractures péri-articulaires ; l'inflammation est, d'ailleurs, si peu accusée que, sur des sujets qui ont lutté pendant des mois entiers contre cette affection et qui en sont arrivés à une incapacité complète de travail, le repos seul suffit à faire disparaître toute espèce de douleur. Il est vrai qu'alors la contracture des muscles peut durer très longtemps et ne cesse qu'à l'aide du chloroforme ; elle peut même se transformer en une véritable rétraction, qui nécessite la section sous-cutanée des tendons. Chose singulière, j'ai vu sur des sujets complètement au repos le contracture d'un muscle se substituer à celle d'un autre muscle : un jour, le jambier antérieur était contracturé et le pied porté en varus ; les jours suivants, la contracture siégeait sur les péroniers et le pied était en valgus.

En conséquence, le seul traitement rationnel du pied plat valgus douloureux au début est le repos dans la position horizontale qui supprime l'affaissement de la voûte et la distension des ligaments plantaires.

C'est à l'affaissement partiel de la voûte plantaire qu'il faut sans doute aussi rattacher la *métatarsalgie* dite *maladie de Morton*.

Cette affection consiste en une douleur allant d'une simple gêne jusqu'à une douleur syncopale, succédant à la fatigue du pied, disparaissant par le repos, l'enlèvement de la chaussure surtout au début, et siégeant presque toujours au niveau de la tête du quatrième métatarsien, seulement du côté de la face plantaire.

Les chirurgiens militaires ont désigné sous le nom vague de *pied force* un accident qui se montre à peu près exclusivement chez les jeunes soldats, à la suite d'une longue marche. Le pied forcé est caractérisé par du gonflement de la face dorsale, de la douleur et de l'impotence fonctionnelle, le tout survenu brusquement. On en attribuait la cause à une entorse, au rhumatisme, à la périostite, etc. La radiographie a démontré à MM. Maunoury et Nimier qu'il s'agit dans ces cas d'une fracture le plus souvent complète des deuxième ou troisième métatarsiens. Cette fracture occupe en général la partie moyenne de l'os et le trait, quelquefois oblique, offre le plus souvent la direction transversale. Il me paraît évident qu'il s'agit d'une fracture indirecte résultant de l'affaissement de la voûte plantaire et dont le mécanisme est assez facile à saisir. Le métatarsien, fixé solidement à ses deux extrémités, subit une pression verticale violente, s'infléchit et se brise vers la partie moyenne.

Certains sujets atteints de pied plat sont, néanmoins, d'infatigables marcheurs ; en voici, selon moi, la raison : ce n'est pas parce que le pied est plat