

en apparence désespérés. Ces remarques s'appliquent également à l'adulte; suivant les cas, le degré des altérations, la présence de maux perforants, le chirurgien après avoir essayé la ténotomie et le massage forcé, choisira entre la tarsotomie ou une amputation partielle; cette dernière opération sera plus rarement indiquée à mesure que la tarsotomie se vulgarisera. Rappelons en terminant que les récurrences après des améliorations passagères ne sont pas rares.

*Indications du traitement des pieds bots accidentels.* — Ici le traitement préventif acquiert une grande valeur; il appartient au chirurgien d'empêcher, dans une certaine mesure, la formation des pieds bots cicatriciels, d'éviter les déviations à la suite des fractures, des arthrites; de même il ne doit pas favoriser le développement des pieds bots de compensation. S'agit-il de paralysies,

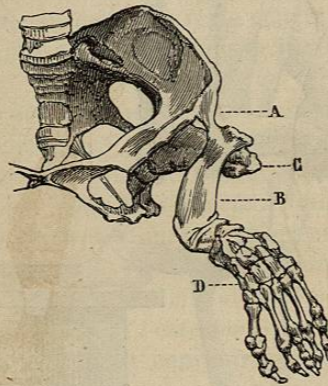


Fig. 308. — Phocomélie pelvienne gauche.

tous les efforts tendront à s'opposer à la production de la déviation, soit par des bottines à tuteurs, soit par l'emploi des appareils à tension fixe ou élastique.

Lorsque le pied bot a une origine ostéopathique ou arthropathique, il devient nécessaire, si la lésion est incompatible avec les fonctions, de recourir à une résection tibio-tarsienne partielle (RIED, VERNEUIL, BEREND); BIDE en relate un certain nombre d'exemples dans sa thèse. Parfois la ténotomie doit être pratiquée pour compléter le raccourcissement.

Contre les pieds bots consécutifs à une contracture, l'anesthésie sera employée, associée au redressement forcé, aux courants ascendants, aux injections intra-musculaires d'atropine; un appareil inamovible assurera la contention après réduction. Dès que la contracture a fait place à la rétraction, l'anesthésie perd sa valeur, les manipulations et surtout la ténotomie s'imposent.

L'efficacité des moyens ordinaires est problématique dans les cas de pied bot paralytique, si tous les muscles sont affectés; il ne reste d'autre ressource

en dehors du traitement général que de faire porter des béquilles ou de prescrire des appareils qui prennent leur point d'appui sur le bassin, en ayant soin de prévenir la formation ou l'accroissement des déviations du pied. ALBERT, NICOLADONI ont eu l'idée de transformer tout le membre inférieur en une tige rigide, en pratiquant la résection tibio-tarsienne et celle du genou. Le succès a couronné ces tentatives hasardeuses.

Si la paralysie n'intéresse qu'un groupe musculaire, fait le plus commun, il faut réduire le pied bot et le maintenir dans une bonne position à l'aide des tuteurs convenables. En cas d'irréductibilité, faut-il pratiquer la ténotomie?

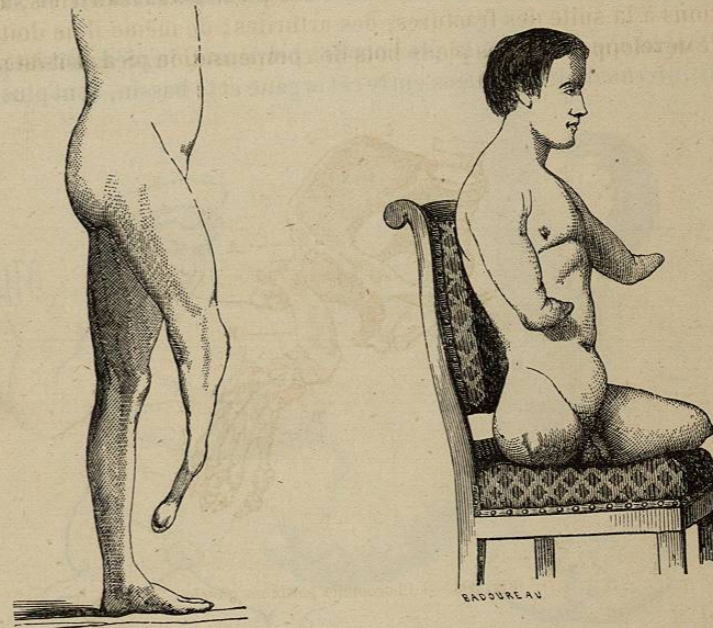


Fig. 309. — Hémimélie abdominale unilatérale.

Fig. 310. — Hémimélie thoracique. — Ectronémie et hémimélie abdominale.

(Empruntées au Bulletin de thérapeutique.)

Évidemment il semble irrationnel de couper les muscles sains sur un membre en partie paralysé; de même lorsqu'on a lieu d'espérer la guérison de cette paralysie, l'intervention n'a plus sa raison d'être. Cependant il y a des circonstances où la simple ténotomie améliore la situation et nombre de chirurgiens en ont retiré de bons effets. NICOLADONI, dans un fait où les gastro-cnémiens étaient atrophiés et paralysés, obtint un succès en greffant les péroniers latéraux sur le tendon d'Achille. L'irréductibilité du pied bot est-elle d'origine osseuse, on pourra essayer le redressement forcé après anesthésie, ou en cas d'échec tenter, si la difformité est très gênante, la tarsotomie ou la résection tibio-tarsienne.

## 2° VICES DE CONFORMATION CONGÉNITAUX DU MEMBRE INFÉRIEUR

Consulter la Bibliographie des *Difformités de la main* et les articles PIED et ORTEILS du *Dict. encycl.*, par PAULET (Bibliogr.).

Les difformités du membre inférieur, absolument comparables à celles du membre supérieur, se divisent aussi en deux groupes :

## A. — VICES DE CONFORMATION COMMUNS AUX DIVERS SEGMENTS DU MEMBRE

a. *Phocomélie*. — Dans la phocomélie pelvienne, le pied persiste, mais les parties intermédiaires, situées entre cet organe et le bassin, sont plus ou moins



Fig. 311. — Ectromélie quadruple.

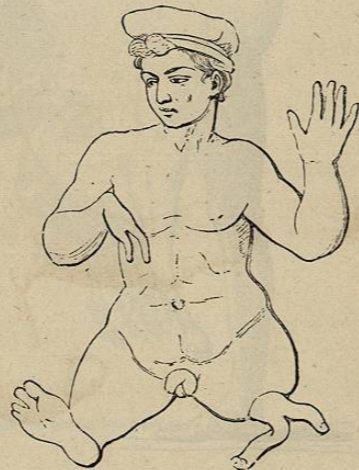


Fig. 312. — Hémimélie thoracique abdominale.

atrophées; tantôt il y a absence simultanée de la jambe et de la cuisse (fig. 307) ou seulement de la cuisse, plus rarement de la jambe (fig. 308).

b. *Hémimélie*. — Le membre inférieur incomplet se termine sous forme de moignon; les doigts sont nuls ou réduits à des vestiges (fig. 309) et (fig. 310).

c. *Ectromélie*. — Le membre inférieur avorté est nul ou presque nul. Cette difformité paraît beaucoup plus commune que les deux autres; fréquemment elle est bilatérale et porte simultanément sur les membres supérieurs (fig. 311 et 312).

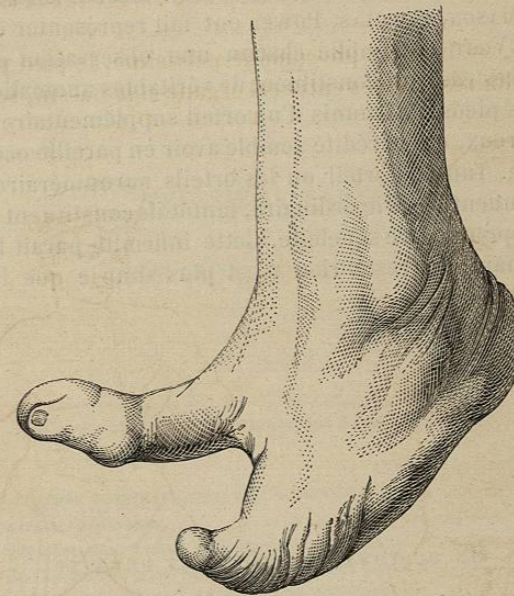
## B. — VICES DE CONFORMATION DU PIED

Comme à la main, nous diviserons ces vices de conformation en deux groupes, selon qu'ils résultent d'un arrêt ou d'un excès de développement.

1° *Anomalies par arrêt de développement*. — L'arrêt de développement produit l'*ectrodactylie* ou absence des doigts, la *brachydactylie* ou brièveté des orteils, et la *syndactylie* ou adhérence des orteils.

a. *Ectrodactylie*. — Ce vice de conformation, moins fréquent qu'au membre supérieur, est souvent lié à une anomalie plus grave du membre pelvien (phocomélie ou hémimélie), DEBOUT, FORT, MIRABEL en rapportent de remarquables exemples.

Le nombre des orteils absents varie; lorsqu'il persiste seulement le premier

Fig. 313. — Pied didactyle. — Pince de homard. (Extrait du *Bulletin de thérapeutique*.)

et le cinquième, le métatarse et parfois le tarse se trouvent aussi profondément modifiés, et le pied prend la forme de la *pince de homard* (fig. 313).

Dans les cas où il y a ectrodactylie, sans difformité du tarse ou du métatarse, la marche paraît peu gênée.

b. *Brachydactylie*. — L'absence de phalanges est très rare aux orteils. MERCIER et WENZEL GRUBER l'ont observée quelquefois. Dans le cas de W. GRUBER la phalange moyenne manquait aux doigts et aux orteils.

c. *Syndactylie*. — Moins commune qu'à la main, la syndactylie est habituellement membraneuse; il est exceptionnel de voir les orteils réunis par coalescence du tissu osseux; cette difformité peut résulter aussi de la présence de cicatrices vicieuses. Quelle que soit son origine, cette infirmité gêne peu ceux qui en sont atteints, aussi nécessite-t-elle rarement une intervention chirurgicale.

*Anomalies par excès de développement.* — L'excès de développement produit : 1° la *polydactylie*, augmentation du nombre des doigts; 2° la *macro-dactylie*, augmentation de longueur par suite de la présence d'une phalange supplémentaire; 3° la *mégaldactylie*, hypertrophie des orteils dont le nombre reste normal. La première sorte de difformité nous arrêtera seule, les autres sont exceptionnelles sur les orteils.

*Polydactylie.* — De toutes les anomalies des orteils, c'est la plus commune. Le nombre des orteils surnuméraires observés varie de un à sept. D'après PAULET, VALLERIOLA, DU CORAY ont vu des pieds à sept doigts. MORAND a présenté à l'Académie de chirurgie un pied muni de huit orteils. KERKRING, BARTHOLIN, ATHOL JOHNSON, MASON, DOUGLAS, POWEL ont fait représenter des pieds à neuf orteils, RUEF et VOGT ont publié chacun une observation de pied à douze doigts. A côté de ces cas, qui constituent de véritables anomalies, se placent les individus dont les pieds sont munis d'un orteil supplémentaire. Les faits de ce genre sont nombreux, et l'hérédité semble avoir en pareille occurrence une influence manifeste. Tantôt l'orteil ou les orteils surnuméraires normalement développés continuent la série ordinaire, tantôt ils constituent de petits appendices charnus, dépourvus de squelette. Cette infirmité paraît beaucoup moins gênante qu'à la main; du reste rien n'est plus simple que l'ablation de ces doigts supplémentaires.

FIN DU TOME TROISIÈME ET DERNIER

## TABLE DES MATIÈRES

### TROISIÈME PARTIE

#### MALADIES DES RÉGIONS

#### LIVRE IX

##### AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN

CHAP. PREMIER. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN.....	1
§ 1 <sup>er</sup> . — Contusions de l'abdomen.....	1
1° Contusions limitées aux parois abdominales.....	2
2° Contusions de l'abdomen avec lésion des organes profonds.....	6
3° Contusions et blessures du foie et des voies biliaires.....	8
4° Contusions et déchirures de la rate.....	9
5° Rupture des gros vaisseaux.....	9
§ 2. — Plaies de l'abdomen.....	10
1° Plaies non pénétrantes.....	11
2° Plaies pénétrantes.....	12
3° Complications des plaies pénétrantes de l'abdomen.....	14
§ 3. — Plaies du tube digestif et de ses annexes.....	14
1° Plaies de l'estomac.....	15
2° Fistules stomacales.....	16
3° Plaies de l'intestin.....	20
4° Plaies du foie et des voies biliaires.....	23
5° Plaies de la rate.....	24
6° Plaies du pancréas.....	24
§ 4. — Complications communes aux différentes plaies de l'abdomen.....	24
1° Épanchement du sang.....	26
2° Corps étrangers dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.....	28
3° Péritonite traumatique.....	30
§ 5. — Corps étrangers de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.....	30
1° Corps étrangers de l'estomac.....	32
2° Corps étrangers de l'intestin.....	32

CHAP. II. — AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'ABDOMEN.....	34
§ 1 <sup>er</sup> . — Phlegmons et abcès de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.....	34
1° Phlegmons et abcès superficiels.....	34
2° Phlegmons sous-aponévrotiques.....	35
3° Phlegmons profonds.....	36
4° Phlegmons et abcès de la région postérieure de l'abdomen, abcès périphériques.....	40
§ 2. — Abcès et kystes hydatiques du foie.....	44
§ 3. — Abcès et kystes de la rate.....	52
1° Abcès de la rate.....	52
2° Kystes.....	53
§ 4. — Tumeurs de l'ombilic.....	54
§ 5. — Fistules ombilicales.....	56
1° Fistules urinaires.....	56
2° Fistules d'origine intestinale.....	57
3° Fistules hépatiques et biliaires.....	58
4° Fistules péritonéales.....	59
CHAP. III. — HERNIES ABDOMINALES.....	60
§ 1 <sup>er</sup> . — Hernies réductibles.....	62
§ 2. — Hernies irréductibles.....	80
1° Hernies irréductibles par engouement.....	82
2° Hernies irréductibles par inflammation.....	83
3° Hernies irréductibles par étranglement.....	85
§ 3. — Hernies épiploïques.....	101
CHAP. IV. — DES HERNIES EN PARTICULIER.....	103
§ 1 <sup>er</sup> . — Hernies inguinales.....	103
1° Hernies inguinales réductibles.....	104
2° Hernies inguinales irréductibles.....	117
§ 2. — Hernies crurales. — Mérocèles.....	120
§ 3. — Hernies ombilicales.....	127
1° Hernies ombilicales congénitales.....	128
2° Hernies ombilicales des enfants.....	131
3° Hernies ombilicales des adultes.....	133
CHAP. V. — VARIÉTÉS RARES DE HERNIES.....	139
§ 1 <sup>er</sup> . — Hernies de la ligne blanche.....	139
§ 2. — Hernies ventrales.....	141
§ 3. — Hernies lombaires.....	142
§ 4. — Hernies obturatrices.....	143
§ 5. — Hernies ischiatiques et périnéales.....	146
§ 6. — Hernies vaginale et vagino-labiale.....	146
§ 7. — Hernies diaphragmatiques.....	147
CHAP. VI. — OCCLUSION INTESTINALE ET ANUS CONTRE NATURE.....	150
§ 1 <sup>er</sup> . — Occlusion intestinale.....	150
§ 2. — Anus contre nature.....	162
§ 3. — Fistules pyo-stercorales.....	174

## LIVRE X

## AFFECTIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM

Exploration.....	176
CHAP. PREMIER. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM.....	176
§ 1 <sup>er</sup> . — Plaies de l'anus et du rectum.....	177
§ 2. — Corps étrangers du rectum.....	178
CHAP. II. — AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'ANUS ET DU RECTUM.....	183

§ 1 <sup>er</sup> . — Erythème et affections prurigineuses.....	183
§ 2. — Rectite.....	184
§ 3. — Phlegmons et abcès de la marge de l'anus.....	184
§ 4. — Phlegmons profonds.....	185
1° Phlegmons et abcès du creux ischio-rectal.....	186
2° Phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur.....	188
3° Cellulite pelvienne.....	189
CHAP. III. — ULCÉRATIONS ET FISTULES ANO-RECTALES.....	190
§ 1 <sup>er</sup> . — Ulcérations de l'anus et du rectum.....	190
A. — Ulcères simples non douloureux.....	191
B. — Ulcérations tuberculeuses.....	191
C. — Ulcérations vénériennes.....	192
§ 2. — Fistules ano-rectales.....	194
1° Fistules pelvi-rectales inférieures.....	195
2° Fistules pelvi-rectales supérieures.....	201
3° Fistules ostéopathiques.....	202
§ 3. — Fissure à l'anus.....	202
CHAP. IV. — HÉMORROÏDES.....	206
CHAP. V. — TUMEURS DU RECTUM.....	216
§ 1 <sup>er</sup> . — Tumeurs végétantes. — Excroissances.....	217
§ 2. — Polypes du rectum.....	218
§ 3. — Carcinome du rectum.....	221
CHAP. VI. — PROLAPSUS DU RECTUM.....	227
CHAP. VII. — RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM.....	233
CHAP. VIII. — VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM.....	240

## LIVRE XI

## AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

CHAP. PREMIER. — MALADIES DES REINS ET DES URETÈRES.....	249
§ 1 <sup>er</sup> . — Lésions traumatiques des reins.....	250
1° Contusions et déchirures des reins sans plaies antérieures.....	250
2° Plaies du rein.....	252
§ 2. — Tumeurs du rein.....	254
1° Tumeurs liquides. — Kystes.....	254
2° Tumeurs solides du rein.....	256
3° Néphrectomie.....	256
CHAP. II. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA VESSIE.....	258
§ 1 <sup>er</sup> . — Plaies de la vessie.....	258
§ 2. — Déchirures et ruptures de la vessie.....	261
§ 3. — Corps étrangers de la vessie chez l'homme.....	264
§ 4. — Calculs de la vessie.....	270
CHAP. III. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE LA VESSIE.....	279
§ 1 <sup>er</sup> . — Cystite aiguë.....	279
§ 2. — Cystite chronique.....	282
§ 3. — Abcès de la vessie. — Ulcérations et gangrène.....	285
1° Abcès de la vessie.....	285
2° Ulcérations et gangrène.....	286
§ 4. — Cystite tuberculeuse. — Tuberculose de la vessie.....	287
§ 5. — Tumeurs de la vessie.....	289
1° Varices.....	289
2° Polypes et fongus.....	290
3° Cancer de la vessie.....	291