

V. — Métatarsalgie (*Maladie de Morton*) (1876).

La métatarsalgie est un syndrome douloureux localisé à la région métatarsienne antérieure (1).

Étiologie. — Cette affection est plus fréquente chez la femme que chez l'homme; l'âge adulte est l'âge de préférence; la profession n'a pas grande importance; un surmenage du pied, un traumatisme antérieur en ont plus. Dans un cas de Morton, l'affection est survenue à la suite de l'usage de souliers neufs à talons très hauts; les entorses de l'avant-pied et la blennorragie sont signalées parfois dans les commémoratifs. Enfin, certaines maladies générales sont signalées: ce sont la goutte, le rhumatisme, l'hystérie, la neurasthénie. L'hérédité est évidente dans quelques cas (Féré).

Symptômes. — Beaucoup d'auteurs ont décrit leur propre observation [Putnam (2), Bosc (3), Taruffi (4), etc.].

L'affection est rarement bilatérale. Le début est brusque ou insidieux; le malade ressent des douleurs sous forme d'accès au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil le plus souvent; elles apparaissent en général à l'occasion de traumatisme, du port de chaussures étroites ou à haut talon, de marches, de fatigues; elles disparaissent par le repos ou l'enlèvement des chaussures.

Cette douleur est d'intensité variable; elle peut aller jusqu'à la syncope; dans l'intervalle des accès, l'absence de douleurs est complète; cependant, avec le temps la douleur peut se prolonger et même devenir définitive. Il suffit de presser à la face plantaire au niveau de la tête métacarpienne pour produire la crise douloureuse; les douleurs peuvent s'irradier jusque dans les autres articulations

la lésion et suivant son évolution, stationnaire ou progressive (Franke). Au point de vue thérapeutique, si la douleur est trop intense, il faut enlever les nodules. Si la rétraction aponévrotique est très marquée, il faut faire, pour ménager les vaisseaux et nerfs plantaires, l'aponévrotomie à ciel ouvert au niveau du bord interne de l'aponévrose (Derocque, *Revue d'orthopédie*, 1894). Auvray fit l'aponévrectomie et le redressement forcé des orteils. Dans un cas, Ledderhose fit l'amputation des orteils, devenus ainsi très douloureux. L'autoplastie par la méthode italienne serait possible.

(1) *Historique et synonymie.* — Th. Morton décrivit pour la première fois cette affection et il la dénomma: *affection douloureuse de la quatrième articulation métatarso-phalangienne*. Puis Mason la désigne sous le nom de *névralgie métatarso-phalangienne*, et Gross sous celui de « pododynie ». Kemper adopte celui de *névralgie métatarsienne*. Polosson emploie le terme de *métatarsalgie antérieure*, et Grun celui de *métatarsalgie*; Shaffer celui de *ped hot non déformant*. Guthrie l'appelle *orteil douloureux*, et R. Jones *névralgie plantaire*. Woodruff lui donne le nom de *luxation métatarso-phalangienne*. Pour Bradford, c'est la *maladie de Morton*. Pour Féré, c'est le *ped de Morton*; pour Putnam, c'est la *douleur de la plante du pied pendant la marche*, etc. Arrêtons-nous ici dans cette synonymie. En somme, tous ces auteurs discutèrent la symptomatologie, la pathogénie et le traitement. La radiographie avec les recherches de Destot, Goldthwait, Péraire et Mally, a précisé les lésions anatomiques et la pathogénie.

(2) PUTNAM, *Boston med. Journ.*, 1893.

(3) BOSCH, *Arch. gén. de méd.*, 1894.

(4) TARUFFI, *Archivio di Ortopedia*, 1897.

métatarsiennes et dans la jambe. La peau est saine, sans rougeur ni gonflement. Il n'y a aucune déformation locale. Pour Tubby et Withman (1), le pied plat est fréquent. La flexion réitérée des orteils soulage la douleur.

L'affection a des degrés de gravité; dans les cas extrêmes, la douleur est telle que la marche devient impossible.

L'évolution de la lésion est des plus variables; la guérison est exceptionnelle; les auteurs admettent volontiers deux formes: l'une bénigne et l'autre grave rendant la marche impossible, grave paroxystique ou grave continue.

Anatomie pathologique. — Elle est assez vague. On ignore encore les lésions des nerfs, des os; l'examen radiographique a montré que dans un cas de Péraire et Mally, il y avait un peu d'ostéite condensante des têtes métatarsiennes. De plus, les articulations métatarso-phalangiennes étaient déformées et subluxées, en bas et en dedans. Les têtes métatarsiennes sont hypertrophiées. — Les articulations métatarso-phalangiennes seraient relâchées, de même que le ligament transverse métatarsien, d'où affaissement de la partie antérieure de la voûte plantaire, comme le prouvent les tracés plantaires (Goldthwait). Celui-ci admet l'oblitération de l'arcade artérielle transverse du pied.

Pathogénie. — *Théorie de la compression nerveuse et des parties molles périmétatarsiennes.* — Pour Morton, il y a compression des nerfs collatéraux du quatrième et du cinquième orteil par la tête du cinquième métatarsien, contre le col du quatrième. Quand la pression latérale cesse, la douleur cesse également. Pour Polosson, le ligament transverse du métatarso présente une laxité particulière et une tête métacarpienne, la troisième probablement, est subluxée en bas et comprime les nerfs collatéraux des orteils voisins. Pour Guthrie, les articulations métatarso-phalangiennes sont subluxées, d'où compression des nerfs par les extrémités osseuses. Gallois pense avec beaucoup d'auteurs qu'il y a effondrement de la voûte plantaire et contusion chronique et anormale des tissus au niveau de la tête des troisième et quatrième métatarsiens.

Halstead a montré cependant que les nerfs collatéraux passent plutôt sur la face inférieure que sur les faces latérales de l'orteil.

Pour Péraire et Mally, la douleur résulte de la compression des tissus de la face plantaire du pied par les surfaces articulaires déplaçées; il y aurait déviation des métatarsiens et subluxation des têtes métatarsiennes, d'où affaissement de la voûte formée par les têtes métatarsiennes et subluxations consécutives des phalanges sur ces têtes; les tissus intermétatarsiens et les tissus sous-métatarsiens sont comprimés.

Destot (2) fait jouer un rôle à la forme du pied; le pied très cambré

(1) WITHMAN, *Transactions of the American orthopedic Association*, 1898.

(2) DESTOT, *Lyon méd.*, p. 485, juin 1899.

y est prédisposé, car le poids du corps repose en grande partie sur les métatarsiens.

Pour Caisergues (thèse de Paris, 1899), s'il y a plus souvent localisation de la métatarsalgie au niveau du quatrième métatarsien, c'est que le cinquième, très mobile, peut venir comprimer contre lui les tissus. Quand la douleur siège sur un autre métatarsien, il faut invoquer la laxité du ligament transverse du métatarse ou une laxité des articulations tarso-métatarsiennes permettant l'aplatissement de l'arc formé par les têtes métatarsiennes. Ces têtes, qui ne sont pas comprimées latéralement à cause de leur situation à des hauteurs différentes, se rapprochent quand elles s'abaissent.

Un certain degré de nervosisme joue un rôle (Bosc, Féré); quelques malades sont des hystériques, des neurasthéniques, ce qui explique l'hérédité. Lamacq admet des formes névropathiques (névralgiques ou neurasthéniques, des formes traumatiques et des formes goutteuses. Quand la douleur persiste même après la décompression, c'est qu'il y a *névrite* ou névralgie dans une des branches du plantaire externe. Les inflammations chroniques, rhumatisme, goutte, les traumatismes peuvent déterminer un affaissement de l'arc métatarsien.

Théories osseuse et articulaire. — Rappelons enfin que la *périostite* a été admise par Gross et l'*ostéite condensante* par Péraire et Mally (1) et par Gianettasio (2). Ajoutons que certaines formes donnent lieu à des crises douloureuses aiguës nocturnes ressemblant assez à de simples attaques de goutte articulaire. Dans un cas de Bradford, il y avait une synovite du tendon du quatrième orteil.

Diagnostic. — On reconnaît facilement les *abcès plantaires*, les *lésions goulleuses rhumatismales*, les *entorses*, la *talalgie*, le *ped plat valgus douloureux*, l'*aponévrite plantaire*, les *tubercules sous-cutanés douloureux*, etc. Les douleurs de la *sciaticque*, du *tabes*, ne sont pas les mêmes. L'*érythromélgie* est caractérisée par de la vascularisation anormale et de la douleur au niveau des points d'appui du pied. Les synovites rhumatismales ou blennorragiques ont un siège spécial. Les fractures métatarsiennes, les ostéites métatarsiennes, le *spina ventosa*, les ostéites syphilitiques se reconnaîtront aisément.

Pronostic. — Il varie suivant les cas; aussi Duplay (*Presse médicale*, 8 novembre 1899) distingue les cas bénins, les cas moyens et les cas graves.

Traitement. — Le *traitement palliatif* comprend le port de chaussures larges, à semelle un peu convexe au niveau des têtes métatarsiennes moyennes (Gallois). Bradford a conseillé un bas fait comme des gants pour isoler chacun des orteils. Pieri fit des injections iodées périarticulaires pour modifier la laxité articulaire. Le *vrai traitement*

(1) PÉRAIRE et MALLY, *Gazette hebdomadaire*, 4 mars 1900.

(2) GIANETTASIO, *Revue de chirurgie*, 1900, p. 239 (Radiographies et examens histologiques).

curatif quand la douleur devient insupportable, c'est la résection de la tête métatarsienne douloureuse. Morton y joignait la résection de l'extrémité postérieure de la première phalange; c'était en somme une résection articulaire complète. — La semi-résection semble souvent devoir suffire. — L'amputation de l'orteil a été faite par quelques chirurgiens, avec succès évidemment. Signalons enfin la résection du nerf plantaire externe proposée par Mills.

VI. — Déviations des orteils (1).

A. DÉVIATIONS LATÉRALES. — **Hallux valgus** (*Clinodactylie externe du gros orteil. Orteils en équerre, en croix, etc.*).

Historique. — En 1769, Rousselot, « chirurgien de Monseigneur le Dauphin, des Princes et de Mesdames », fut le premier à s'élever contre le dédain professé par ses confrères à l'endroit des maladies des orteils, dignes tout au plus d'occuper les pédicures. Mais, « l'orteil dévié en dehors » fut décrit, pour la première fois, en 1778 par Laforest, successeur de Rousselot et pédicure de Louis XIV, il venait d'acheter le brevet de « chirurgien pédicure (2) ».

En 1852, P. Broca, à la Société anatomique, et Chassaignac, à la Société de chirurgie, attirèrent les premiers l'attention sur les difformités des orteils. Le côté thérapeutique de la question fut dès lors traité par Mellet, par Malgaigne et par A. Nélaton.

En 1870, Hueter donna à cette déviation la dénomination d'*hallux valgus* et songea à la corriger en ayant recours à la résection de la tête métatarsienne. A partir de cette date la pathogénie et le traitement de cette difformité exercèrent la sagacité d'un grand nombre de chirurgiens. L'*hallux valgus* est congénital ou acquis.

Hallux valgus acquis (3). — **Étiologie.** — L'*hallux valgus* se ren-

(1) Nous avons publié dans la *Presse médicale*, 1896, un article sur les déviations des orteils dont ce chapitre est le résumé.

(2) Voy. MEIGE, Les pédicures au XVIII^e siècle, texte et figures (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. X).

(3) Voy. QUÉVÉDO, « Hallux valgus (orteil en équerre, en croix, ou clinodactyle) », thèse de Paris, 1894. — LUCAS, thèse de Paris, 1897. — SAUVAGE, thèse de Paris, 1899.

Anatomie pathologique. — a. *Déviations.* — Chez le nouveau-né le gros orteil et le bord interne du pied sont sur la même ligne antéro-postérieure. Mais chez l'adulte il suffit de considérer un pied normal pour reconnaître qu'il existe, par rapport à l'axe du métatarsien correspondant, une légère déviation du gros orteil en dehors (Quévédo). Cette déviation s'exagère sous l'influence du port de chaussures ordinaires, pour atteindre, dans l'affection qui nous occupe, une inclinaison de 90 degrés; le gros orteil vient alors se placer, soit au-dessus, soit au-dessous des orteils voisins; dans un cas que nous avons eu l'occasion d'observer à l'École pratique, le gros orteil, en se portant en dehors, avait refoulé le 2^e et le 3^e dans le même sens; mais, ce n'est là qu'une exception, car en règle générale, l'orteil dévié se glisse au-dessous des deux suivants qui, eux, prennent une attitude « en marteau ». Le 3^e et le 4^e orteil comprimés sont déformés en « radis », en « massue » ou en « battant de cloche ».

b. *Altération du métatarsien, des sésamoïdes et de la première phalange du gros orteil.* — Dans la plupart des faits, la tête métatarsienne est déformée; elle n'est