

la résection du bec calcanéen seront presque toujours nécessaires, il faudra même y joindre parfois des résections plus étendues, en faisant une tarsectomie en quelque sorte « progressive », c'est-à-dire en n'enlevant que peu à peu les os déformés pour ne pas regretter d'avoir trop enlevé. Il ne suffit plus maintenant de rétablir la fonction; quelques malades « exigeants », étant donnés les progrès de la

chirurgie, demandent en outre la conservation de la forme, dans la mesure du possible.

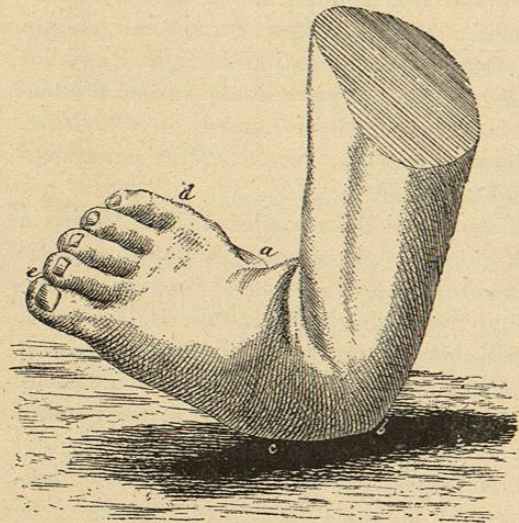


Fig. 333. — Vue de face d'un pied bot congénital valgus du pied droit chez un enfant âgé de quatre ans. — aa, bord externe du pied détaché du sol, tandis que le bord interne du pied est dirigé vers le sol; b, malléole interne; c, extrémité interne de l'os scaphoïde (HOLMES, *Syst. of Surgery*). Le malade marchait sur la malléole interne, le scaphoïde et la tête de l'astragale.

plat, parfois convexe. Au niveau du bord interne on sent les trois saillies représentées par la malléole interne, la tête de l'astragale et la tubérosité interne du scaphoïde. Le bord externe est concave. La marche est difficile.

(1) **Anatomie pathologique.** — L'astragale est peu dévié. Sa tête vient faire saillie sur le bord interne du pied et sa forme n'est pas altérée. Le calcaneum est également peu déformé mais il est dévié, sa face concave inféro-interne devient inférieure, l'extrémité antérieure regarde en dedans et l'extrémité postérieure en dehors, la face externe vient s'articuler avec la malléole péronière. Le scaphoïde, peu déformé, est dévié. Son tubercule interne est devenu inférieur. Le bord interne du pied est devenu convexe. On y trouve deux saillies, la postérieure formée par la tête de l'astragale, l'antérieure par l'extrémité interne du scaphoïde. Le cuboïde est porté en dehors, son bord externe est élevé.

Dans les cas de Curtillet (*Soc. méd. d'Alger*, 1901), « l'astragale subluxé tête en bas avait refoulé en avant l'avant-pied et en dehors le calcaneum, d'où effondrement de la voûte et valgus consécutif ».

Au point de vue pathogénique, les théories sont les mêmes que pour le P. B. varus équin.

II. — P. B. valgus congénital.

Il est assez rare; il coïncide souvent, associé avec un varus du côté opposé, avec des malformations du tibia, du péroné, absence partielle ou totale (1).

Symptômes. — La plante regarde en dehors, le bord interne du pied est convexe, il touche le sol, le bord externe est concave et élevé au-dessus du sol. Le pied est

La plante du pied est plate. Elle peut même être convexe. Les métatarsiens internes touchent le sol. Les externes sont élevés au-dessus du sol (fig. 333).

La base de sustentation est formée par un triangle dont les bords sont constitués : 1° par le calcaneum; 2° par le scaphoïde, le cunéiforme et le bord interne du métatars; 3° par le côté interne de la plante du pied. Dans les cas extrêmes on trouve entre la tête de l'astragale et le scaphoïde, entre le scaphoïde et le 1^{er} cunéiforme, de véritables creux dus à l'écartement des surfaces articulaires.

Les ligaments internes sont allongés, les externes sont raccourcis. Souvent le valgus est un peu talus.

Les muscles sont sains, les tendons sont saillants et souvent rétractés (tendons extenseurs et péroniers).

Parmi les formes combinées, la déviation en valgus talus est la variété la plus fréquente.

Traitement. — Pour les cas légers, il faudra avoir recours aux manipulations, au redressement, aux bandages contentifs. On y ajoutera la ténatomie des tendons extenseurs, péroniers. — Si le P. B. est valgus équin, on fera en outre la ténatomie du tendon d'Achille. Une semelle à voussure interne soutiendra la plante du pied.

Dans les cas invétérés, les tarsectomies sont indiquées si les traitements précédents ne suffisent pas. En général il faut enlever un coin à base interne comprenant le scaphoïde, la tête de l'astragale, le 1^{er} cunéiforme. Dans un cas, de Larabrie (1) sectionna profondément un coin du cuboïde. Guidé par la radiographie, Curtillet fit l'astragalectomie. Bond, cité par Phelps, fait au thermocautère des incisions profondes allant de la malléole interne jusque sous la plante. La rétraction cicatricielle redresse le pied (*Acad. de méd. de New-York*, oct. 1891).

III. — P. B. talus congénital.

Il est souvent double, 12 fois sur 19 observations. Il existe parfois avec une certaine rigidité du genou en extension forcée, ou avec une absence du péroné (2).

(1) DE LARABRIE, *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 342.

(2) **Anatomie pathologique.** — Il y a peu de déformations osseuses. Il y a simplement exagération du mouvement normal de flexion dorsale du pied. C'est dans l'articulation tibio-tarsienne que se passe la déviation. Dans un cas disséqué par Lannelongue, l'articulation sous-astragaliennne postérieure était rapprochée de l'insertion du tendon d'Achille, de telle sorte qu'il semblait que l'astragale eût glissé en masse dans sa mortaise et sur le calcaneum. La rétraction des muscles et des ligaments est faible en général. Parfois la face dorsale du pied est appliquée contre la face antérieure de la jambe. Le tendon d'Achille ne faisait pas saillie. Les extenseurs, par contre, faisaient très saillie sur le dos du cou-de-pied. La plante du pied est plate et un peu déviée de dehors. Dans un cas de Nicoladoni l'astragale faisait saillie et repoussait le tendon d'Achille en dehors, les tendons péroniers étaient luxés. Le col de l'astragale était articulé avec le bord antérieur de la surface articulaire du tibia. Les muscles antérieurs du cou-de-pied sont rétractés, mais non atrophiés.

Pathogénie. — La théorie de la compression est adoptée par nombre d'auteurs. Le talus est, en effet, souvent accompagné de l'hyperextension du genou. Mais des lésions nerveuses concomitantes ont été observées, cas de Ardouin (1).



Fig. 334. — Talus plat direct congénital chez un enfant âgé de trois semaines.

Symptômes. — Le pied est fléchi et se rapproche plus ou moins de la face antérieure de la jambe. Il ne repose que sur le talon. En essayant de redresser le pied, les tendons antérieurs se tendent. Les orteils sont dans l'extension, la plante du pied est plate, et regarde souvent un peu en dehors (fig. 334).

Avec la marche, la déviation peut s'atténuer.

Le *diagnostic* chez le talus paralytique acquis est facile, car ici la paralysie musculaire portant sur le soléaire est facile à constater.

Traitement. — Dans les cas légers, des manipulations et l'application d'appareils orthopédiques peuvent suffire. Pour les cas graves, on fera la ténotomie des tendons extenseurs. Little fit la résection d'une portion du tendon d'Achille et rapprocha ensuite les deux extrémités. Bien que les muscles ne soient pas paralysés, l'anastomose des péroniers sur le tendon d'Achille, comme pour le P. B. paralytique, pourrait-elle améliorer la déviation?

IV. — P. B. équin.

L'équin *congénital pur* est très rare, quelques auteurs en nient l'existence (Lannelongue). Hueter le dit très rare. Dans un cas de Brodhurst, il y avait peut-être absence congénitale des muscles de la région antérieure de la jambe. Dans un autre cas de Brodhurst, il y avait huit orteils et deux tendons d'Achille.

Il est parfois provoqué par une brièveté congénitale du tendon d'Achille (Tillaux) (2). Pendant quelque temps les extenseurs se contractent et corrigent la déviation, mais plus tard ils se contractent, d'où la nécessité de faire la ténotomie du tendon d'Achille et non celle des extenseurs comme on serait porté à le faire.

P. B. valgus équin. — Il est très rare également. Récemment Ch. Nélaton (3) en a rapporté un cas compliqué d'absence du péroné et des deux derniers orteils.

(1) Dans le cas de Ardouin (talus varus), le scaphoïde était subluxé en avant, le jambier antérieur, les extenseurs et le long péronier latéral étaient très rétractés. Ce fœtus présentait un spina-bifida (*Soc. anatomique*, 1900).

(2) BOURON, P. B. congénital à manifestations tardives, thèse de Paris, 1891.

(3) Ch. NÉLATON, *Revue d'orthopédie*, 1891.

V. — P. B. varus.

P. B. varus pur. — Il est très rare. D'après Jules Guérin, il n'existe que 7 fois sur 400 cas de P. B. Dans un cas de Messner (1), le col de l'astragale était allongé de même que l'apophyse antérieure du calcaneum.

VI. — Pied creux congénital par malformations osseuses.

Il y a pied creux quand le pied, dans la station, ne repose sur le sol que par le talon antérieur et postérieur, et pas du tout par son bord externe.

Dans deux pièces de Jeanne (thèse de Paris, 1897) les cunéiformes et les 4^e et 5^e métatarsiens s'articulaient non pas avec la face antérieure du scaphoïde et du cuboïde, mais avec leur face inférieure. On conçoit aisément les modifications anatomiques du pied. Les appareils orthopédiques donnent ici de bons résultats.

MALFORMATIONS DU PIED

Malformation du pied proprement dite. — Une des plus fréquentes, c'est la *mégalopodie*. Tantôt tous les tissus du pied sont atteints d'hypertrophie, tantôt celle-ci ne porte que sur les parties molles. Ici encore il s'agit de lymphangiomes.

Le *dédoublement du pied* était en voie d'ébauche dans le cas de Brodhurst (2). Le pied était en équin pur avec huit orteils, — deux tendons d'Achille, — il était très large; à la palpation tous les os paraissaient doubles (?). Dans un cas de M. Picqué, le pied était également dédoublé.

Signalons la *soudure osseuse* congénitale des os du tarse (Leboucq, Brenner) (3).

Malformation congénitale des orteils. — Elles sont nombreuses. On note ici la polydactylie, l'ectrodactylie, la mégalodactylie, la syndactylie, osseuse ou membraneuse. La microdactylie est fréquente de même que la flexion congénitale, — l'orteil en marteau. Signalons encore les déviations latérales congénitales du gros orteil (hallux valgus et varus). Quelques-unes de ces malformations sont souvent héréditaires pendant plusieurs générations (Fotherby) (4).

(1) MESSNER, *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XLII.

(2) BRODHURST, On the nature and treatment of club foot, London, 1856. — Signalons les cas suivants de pieds surnuméraires ou de multiplication exagérée des orteils: LAVOCAT, *Acad. des sc.*, 1873; — BARTH, *Berlin klin. Woch.*, 1878; — CHAMRIN, thèse de Paris, 1896; — GALLY, *Languedoc med. Journ. chir.*, 1900.

(3) BRENNER, *Arch. für path. Anat. und Physiol.*, Bd. XCIV, 1883.

(4) FOTHERBY, *British med. Journ.*, mars 1886.

Les malformations congénitales des orteils et du pied ressemblent à celles des doigts, et donnent lieu aux mêmes considérations (Voy. plus haut).

Signalons le pied plat congénital par absence du 1^{er} métatarsien (Hulstad).

Hoffa, Polaillon, Burkardt, etc., ont décrit la déviation en hallux varus congénital; elle complique souvent l'absence d'un os de la jambe.

Hallux valgus congénital. — Nous en avons publié une observation déjà communiquée en 1861 par Morel-Lavallée à la Société de chirurgie (*Bullet. de la Soc. de chir.*, 1861, p. 409). Les malformations des extrémités étaient complexes. Cet homme, en effet, présentait deux mains fourchues par ectrodactylie et syndactylie combinées; à la main gauche, la déviation en varus du pouce et celle en valgus du petit doigt étaient frappantes. D'autre part, le pied droit était également fourchu par ectrodactylie et syndactylie combinées; quant au pied gauche, le deuxième orteil manquait aussi; le gros orteil offrait une forte déviation en dehors. Cet homme ne pouvait se tenir facilement debout que dans la position hanchée gauche. — MAUCLAIRE et BOIS, *Soc. d'anthropologie*, 1894, et MAUCLAIRE, *Déviations latérales des orteils (Presse médicale, 1896)*.

Clinodactylie interne du petit orteil. — Netter a publié un cas de déviation congénitale du petit orteil chez un sujet porteur de pieds fourchus (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1893, p. 232).

D'autre part, cette lésion pourrait bien être héréditaire, car notre excellent ami, M. Barozzi, nous a dit avoir constaté cette déviation chez un jeune homme, dont la mère présentait exactement la même lésion, mais d'un côté seulement.

Dans certains cas de polydactylie, cette déviation en varus du petit orteil peut être assez prononcée.

Nous avons eu à tâche, dans cet exposé des diverses espèces de malformations congénitales, de mettre en relief les grands progrès réalisés récemment au point de vue de leur traitement. Il est à regretter que leur pathogénie ait peu participé à cette intéressante évolution et que les chirurgiens n'aient guère suivi les traces de Dareste sur la voie de la tératologie expérimentale. Nous devons souhaiter qu'ils combler cette lacune et fournissent bientôt la solution de certains problèmes que nous avons été réduit à énoncer, comme tant d'autres qui nous avaient précédé sur ce terrain.

FIN DU TOME X ET DERNIER.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME X

MALADIES DU TESTICULE ET DU CORDON SPERMATIQUE

PAR PIERRE SEBILEAU.

I. MALADIES DU TESTICULE.....	1
I. Maladies congénitales. Anomalies	1
Anomalies de formation, 2; — de développement, 7; — de migration, 8;	
— de position.....	63
II. Maladies traumatiques	67
III. Maladies inflammatoires	75
Orchites, 75. — Orchi-épididymites aiguës, 115. — Orchites chroniques,	
164. — Orchi-épididymite syphilitique.....	195
IV. Maladies néoplasiques	220
Cancer et tératome, 220. — Kystes de l'épididyme.....	242
II. MALADIES DU CORDON SPERMATIQUE.....	247
I. Maladies traumatiques	247
II. Maladies inflammatoires	250
Funiculite.....	250
III. Maladies néoplasiques	253
IV. Maladies trophiques	257
Varicocèle.....	257
III. MALADIES DES VÉSICULES SÉMINALES.....	283

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

PAR R. PICHEVIN, ED. SCHWARTZ, A. LE DENTU et S. BONNET.

I

PAR R. PICHEVIN.

Considérations sur les déplacements de l'utérus, des trompes et des	
ovaires, 285; — sur les déviations, 287; — sur les versions et les	
flexions, 298. — Statique pelvienne normale et plancher pelvien.....	300
Mobilité anormale de l'utérus	307
Antéversion, 309. — Antéflexion, 313. — Déviation de l'utérus en arrière	
ou rétrodéviation.....	335
Prolapsus génital (en collaboration avec S. BONNET).....	405
I. DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME... ..	460
II. MALFORMATIONS DE LA VULVE ET DU VAGIN.....	465
Malformations de la vulve, 465; — du vagin.....	470