

au lit. Quant aux fractures simples des orteils, elles seront traitées comme les lésions semblables des doigts.

## B. PROCESSUS INFLAMMATOIRES

### 1. Os et articulations.

§ 176. — Les métatarsiens sont parfois le siège d'une **ostéomyélite aiguë** avec nécrose partielle ou totale de l'os. Lorsque la partie nécrosée est bien isolée de la partie saine, on peut obtenir la guérison par l'extraction du séquestre. On observe plus souvent, il est vrai, des **affections chroniques tuberculeuses** qui se localisent dans le voisinage des articulations du métatarse avec le tarse et les orteils. Tantôt elles se montrent isolément, tantôt elles s'accompagnent de processus tuberculeux des os et de la synoviale dans la région du tarse et de l'articulation tibio-tarsienne. Nous renvoyons pour ce qui concerne le traitement, aux paragraphes consacrés aux affections inflammatoires de la région que nous venons de mentionner. Suivant l'étendue des lésions et l'âge du malade, on pourra se contenter d'une simple extirpation des parties altérées à l'aide de la cuiller tranchante, ou avoir recours à une résection. Depuis que l'on emploie l'iodoforme, ces affections du pied sont beaucoup plus accessibles qu'autrefois aux opérations en question ; aussi peut-on actuellement pousser beaucoup plus loin les tentatives de conservation, même lorsqu'il s'agit d'une tuberculose grave. Qu'on n'oublie pas cependant que les résections étendues de plusieurs métatarsiens ont peu de valeur, car elles compromettent au plus haut degré l'aptitude fonctionnelle du pied. Il en est surtout ainsi de la résection totale du premier métatarsien, d'autant plus qu'ici, comme à la main dans les cas de spina ventosa, la régénération de l'os est, en général, tout à fait incomplète. Du reste, chez les enfants surtout, ces processus tuberculeux du pied, de même que ceux de la main, peuvent guérir avec un état fonctionnel satisfaisant, sans avoir nécessité aucune intervention opératoire, et sans que l'on ait eu recours à d'autres moyens qu'à un traitement général antiscrofuleux ; souvent, il est vrai, la guérison ne s'opère alors qu'au bout d'un temps considérable, après que les os malades ont été détruits par les granulations ou que les parties nécrosées ont été éliminées. Par contre, il est à conseiller de ne pas différer trop longtemps l'amputation partielle du pied lorsque, chez un adulte, le métatarse est malade sur une grande étendue, surtout s'il s'agit d'une personne tuberculeuse.

Ces affections osseuses se propagent le plus souvent aux articulations du voisinage. Ainsi les articulations tarso-métatarsiennes peuvent s'affecter secondairement, lorsqu'il existe des foyers tuberculeux soit des métatarsiens, soit des petits os du tarse. Cependant la **synovite tuberculeuse primitive de l'articulation de Lisfranc** n'est point tout à

fait rare, et bien qu'il existe ici, à proprement parler, trois articulations assez distinctes (voir désarticulation de LISFRANC), les processus inflammatoires chroniques ne restent généralement pas limités à une seule d'entre elles, mais se propagent facilement à tout l'interligne articulaire et envahissent même le tarse. On sait que la synoviale de l'articulation de Lisfranc envoie entre les deux premiers cunéiformes un prolongement qui la fait communiquer avec l'articulation scaphoïdo-cunéenne.

Les **abcès** qui accompagnent ces différentes affections des os et articulations, se font jour le plus souvent du côté dorsal, plus rarement du côté plantaire ; dans ce dernier cas, on observe, en général, des fusées purulentes étendues.

Lorsque l'affection tuberculeuse a déterminé des destructions étendues non seulement du métatarse, mais aussi du tarse, le traitement ne diffère pas de celui que nous avons décrit à propos des processus inflammatoires de la région postérieure du pied. Au début de la maladie, et avant la formation d'un abcès, on se contente le plus souvent de l'application locale de substances irritantes sur la peau (teinture d'iode), ainsi que du traitement général antiscrofuleux. HUETER préconise, pour les affections osseuses et articulaires, l'injection d'acide phénique dans l'intérieur des os et des articulations. Pour notre part, nous basant sur une grande expérience, nous conseillons, dans les cas de foyers circonscrits, de ne pas attendre la suppuration, mais d'intervenir de la même manière que lorsqu'il existe déjà un abcès. Or, dans ce dernier cas, le traitement que nous recommandons consiste à ouvrir les abcès avec les précautions antiseptiques, et à enlever les parties malades et ramollies des os et des articulations, soit avec la cuiller tranchante, soit avec le couteau à résection et le ciseau.

Pour le traitement opératoire des affections du tarse et du métatarse, l'instrument le plus convenable est une cuiller tranchante solide et de grandes dimensions. On manie cet instrument avec une force suffisante pour enlever toutes les parties malades de l'os, après avoir déterminé l'ischémie du membre suivant la méthode d'Esmarch. Lorsque la curette a terminé son œuvre, on frotte la plaie d'iodoforme et l'on en saupoudre, en outre, légèrement toute la surface. De même on aura soin, en général, de couvrir les drains d'une couche d'iodoforme avant de les introduire. On fera sortir l'un de ces tubes par une boutonnière pratiquée à la face plantaire. Du reste, malgré l'emploi de l'iodoforme, nous sommes d'avis qu'il vaut mieux procéder à l'amputation, dans les cas graves, chez les personnes tuberculeuses d'un certain âge.

§ 177. — L'articulation du premier métatarsien avec la première phalange du gros orteil occupe une place à part, au point de vue des processus inflammatoires. Déjà, par ses caractères anatomiques, elle se distingue essentiellement des autres articulations, grâce à la forme particulière de la tête métatarsienne ; la partie supérieure de cette der-

nière, plus ou moins sphérique, se continue du côté plantaire par une surface plus plane, qu'une saillie médiane divise en deux gouttières, dans lesquelles glissent les os sésamoïdes, lorsque le gros orteil décrit des mouvements de flexion et d'extension.

Nous avons à mentionner ici, tout d'abord, la **déviatio**n du gros orteil dans le sens de l'abduction, déviation qui est connue en Angleterre sous le nom de *bunion* (oignon), et en Allemagne sous celui de **hallux valgus** (STROMEYER).

Cette déformation est toujours la conséquence du port d'une mauvaise chaussure. Les individus qui ont le plus de disposition à contracter cette affection, sont ceux qui ont une tendance au rhumatisme articulaire chronique ou à l'arthrite déformante. Toutefois les personnes jeunes, alors même que leurs articulations sont indemnes, peuvent présenter une déviation du gros orteil en dehors, lorsque ce dernier a été soumis pendant longtemps à des influences nuisibles, surtout s'il s'agit d'individus dont les occupations nécessitent de longues marches ou la station debout prolongée.

Chez les malades qui souffrent de cette affection, la pointe du gros orteil se trouve dirigée en dehors, c'est-à-dire du côté des autres orteils. Tantôt ces derniers ont subi une déviation dans le même sens, tantôt ils sont restés dans leur position normale, et alors le gros orteil les croise et se trouve en contact soit avec leur face dorsale, soit avec leur face plantaire. Au bord interne du pied la tête du premier métatarsien fait une forte saillie en dedans; elle augmente de volume et la peau qui la recouvre devient lisse, tendue, d'un rouge éclatant, et s'enflamme facilement, surtout sous l'influence du froid; une ulcération en est alors la conséquence. Souvent la pression du soulier détermine à cet endroit la formation d'une bourse séreuse, laquelle communique au dehors par une fistule, dont l'orifice se trouve situé au niveau de l'ulcération. Dans d'autres cas la bourse séreuse communique même avec l'articulation, et l'on peut voir alors se développer une arthrite suppurée. Toutefois cette grave complication est rare.

Lorsqu'on examine anatomiquement un « hallux valgus », on trouve tout d'abord que les surfaces articulaires se sont déplacées. La première phalange s'est portée tout entière du côté du second orteil, en glissant sur la tête du métatarsien, et s'est créée au côté externe de cette dernière, une nouvelle surface articulaire imparfaitement développée. La partie interne, saillante sous la peau, de la tête métatarsienne a été abandonnée par la surface articulaire de la phalange, et, outre les bourses séreuses inconstantes dont nous avons parlé plus haut, on observe parfois à ce niveau des signes de prolifération cartilagineuse avec tendance à l'ossification, c'est-à-dire d'un processus semblable à celui que nous avons décrit dans l'arthrite déformante (voir articulation de la hanche). Dans d'autres cas, le cartilage a disparu de la partie de la tête métatarsienne qui n'est plus en contact avec la surface articulaire de la première phalange. Du côté externe, on constate une transformation fibrillaire du cartilage, des

facettes polies par le frottement et une atrophie de l'os. Les muscles correspondants, dont les points d'insertion se sont rapprochés, ont subi un certain raccourcissement; les tendons des fléchisseurs et des extenseurs ont fui en dehors des phalanges et du métatarsien (VOLKMANN).

L'attitude vicieuse que nous venons de décrire, et la pression qu'exerce le soulier sur la tête métatarsienne saillante, sont une cause de vives souffrances, surtout si la bourse séreuse ou les téguments deviennent le siège de phénomènes inflammatoires. Lorsque l'affection est aussi avancée, il ne suffit plus, comme au début, de prescrire au malade de changer sa chaussure mal faite contre une autre bien conformée, dans la confection de laquelle on a tenu compte de la longueur des orteils et de la largeur du pied au niveau des têtes métatarsiennes.

Pour combattre cette déformation, on a eu recours, avant tout, aux **moyens orthopédiques**. PITHA conseille de faire porter la nuit une sandale munie à son bord interne d'un ressort qui attire en dedans le gros orteil dévié. Ce moyen mécanique de traitement et d'autres analogues n'ont, sans doute, pas autant d'efficacité que la *réduction forcée de l'orteil suivie de l'application d'un appareil plâtré*. Mais même cette dernière opération ne donne aucun résultat lorsque la déformation est déjà par trop prononcée. C'est à peine si, dans ces cas, la ténotomie qui a été conseillée de divers côtés (adducteur du gros orteil, fléchisseurs et extenseurs), peut avoir encore quelque utilité. Si l'on ne veut pas se contenter de faire porter un soulier suffisamment large, avec un anneau mou servant à empêcher la pression de la chaussure sur la tête métatarsienne, il ne reste plus qu'à pratiquer la *résection sous-périostée de l'articulation* avec les précautions antiseptiques, suivant le conseil de HÜETTER. Cette opération est surtout indiquée lorsque l'inflammation de la bourse séreuse a donné lieu à une fistule et à la suppuration de l'articulation.

On fait une incision longitudinale au côté interne de l'articulation, et, à l'aide de la rugine, on détache de la tête métatarsienne le périoste, les tendons et les autres parties molles, puis à l'aide de la scie cultellaire, du ciseau ou de la pince ostéotome, on pratique la résection de l'extrémité articulaire ainsi dénudée, ce qui permet de redresser l'orteil. Avec les précautions antiseptiques la guérison s'opère rapidement, et les malades chez lesquels j'ai eu recours à cette opération, ont été contents du résultat obtenu. La guérison de la plaie s'est opérée de façon à ne laisser au gros orteil que peu de mobilité. Dans les cas graves avec suppuration putride de l'articulation, on ne pourra, du reste, éviter une *amputation du métatarsien*.

La **contracture en flexion du gros orteil**, qui se combine assez souvent avec une déformation particulière du pied, est parfois une cause de grandes souffrances. On l'observe surtout comme reste d'une paralysie essentielle survenue dans la jeunesse, mais, en l'absence d'une telle cause,