

la marche; au degré extrême, même, c'est sur la face dorsale des têtes métatarsiennes que le sujet marche. La gêne fonctionnelle est notable, en raison de l'allongement du membre dû à l'abaissement extrême de la pointe du pied; cet allongement est mal corrigé par la flexion du genou. Au début, l'équinisme est peut-être vraiment pur, c'est-à-dire dû à l'extension directe de l'articulation tibio-tarsienne, en sorte que chez le jeune enfant on peut obtenir un bon résultat orthopédique par la section du tendon d'Achille suivie du massage. Mais bientôt s'ajoutent à cela des lésions osseuses rapidement complexes. D'abord, la rentrée de l'astragale dans la mortaise est rendue impossible par une *cale prétiibiale*, semblable à ce qu'est dans le varus équin la cale prépéronière: elle est en dedans parce qu'ici à l'extension se joint un peu de rotation en dehors de l'astragale. En outre, du côté des os du tarse ont lieu des déformations qui donnent au pied équin la forme du *pied creux*, la face plantaire étant à la fois excavée d'avant en arrière et rétrécie transversalement. Le col de l'astragale est quelquefois infléchi en bas et le scaphoïde tend à se subluser en dedans et en haut, tandis qu'inversement en avant du calcaneum le cuboïde tend à se subluser en dehors. Il y a donc rotation inverse des deux colonnes osseuses du tarse antérieur sur le tarse postérieur.

Ce qui se passe du côté de l'avant-pied est en relation avec l'équinisme, et le fait le plus caractéristique est la sublusion des phalanges sur le dos des têtes métatarsiennes: les deux os se mettent à angle droit, ouvert en avant, de façon que les orteils présentent au sol leur face plantaire.

Une fois les déformations osseuses constituées, on doit évidemment intervenir par la tarsectomie, en sachant qu'ici, contrairement à ce que nous avons vu pour le varus, l'aire opératoire n'est pas déshabillée par les tendons. Dans les cas les plus complexes, il est possible qu'il faille pratiquer des désossements énormes, mais d'une manière générale on peut agir d'une façon limitée, en abattant la cale prétiibiale et la cale de l'astragale avec la tête et la partie antérieure du calcaneum. Le corps de l'astragale rentre ainsi dans la mortaise et d'autre part on remet en bonne position l'articulation métatarsienne, dont nous avons vu les déformations secondaires.

III. — TALUS-VALGUS.

Le valgus s'associe généralement au talus comme le varus à l'équin. C'est une difformité rare ou du moins rarement assez forte pour nécessiter d'importantes déterminations opératoires. Dans la forme ordinaire, le pied est plat, — forme que d'ailleurs il présente normalement à la naissance, — il est fléchi à angle aigu sur la jambe; enfin il est tourné légèrement en dehors, soulevant son bord externe, abaissant son bord interne. Le pied plat est large, étalé, sans plis; appliqué sur une feuille de papier noir, il donne une empreinte qui reproduit toute la plante. Sa face dorsale est également aplatie, le bord interne est convexe et présente une saillie vague correspondant au tubercule du scaphoïde sublusé; le bord externe reste rectiligne. Dans le cas de talus assez prononcé, la saillie du calcaneum en

arrière n'existe pas. Cet os semble prolonger ceux de la jambe contre lesquels est étroitement appliqué, ne formant aucun relief, le tendon d'Achille. Sur la face antérieure du cou-de-pied la peau est ridée, flasque et forme de grands plis transversaux. Immédiatement au-dessus on voit quelquefois une dépression allongée contre laquelle s'appuie la face dorsale du pied.

En cas de valgus prédominant, c'est sur la face interne, juste au-dessous de la malléole tibiale, que s'observent les plis cutanés principaux.

Les mouvements sont réduits, le pied ne peut être mis à angle droit ni en varus, il est difficile de fléchir la plante. Si la difformité est abandonnée à elle-même, il y a de graves troubles de la marche et surtout une notable tendance à la fatigue. Ceci correspond principalement aux éléments: pied plat et valgus, qui sont étudiés à propos de la tarsalgie des adolescents. Quant au talus, il tend à se corriger spontanément par l'exercice de la marche. Les altérations osseuses étant généralement peu profondes, si nous mettons à part le cas très spécial du valgus par absence du péroné, on réussit d'ordinaire très bien par de simples manipulations et nous n'avons jamais eu l'occasion de faire des ténotomies, portant ici principalement sur les tendons extenseurs. Dans les cas tout à fait exceptionnels où les massages restent insuffisants, on aura recours à la tarsectomie cunéiforme interne (tête de l'astragale et scaphoïde). Mais nous n'avons eu qu'une fois l'occasion d'y recourir et nous nous souvenons en outre d'un seul malade chez lequel elle aurait été indiquée. Encore ces deux malades n'avaient-ils pas été manipulés régulièrement et dès leur naissance.

X

MALFORMATIONS DES DOIGTS

Nous nous occuperons seulement de celles de ces malformations qui ont un intérêt pratique réel, c'est-à-dire de la polydactylie et de la syndactylie.

I. — POLYDACTYLIE.

Dans cette malformation, que caractérise la présence d'un ou plusieurs doigts surnuméraires, rentrent des faits d'importance et de fréquence très variables. La bifidité de la main est exceptionnelle; on n'en connaît que deux cas — l'un traité par l'amputation d'une moitié de l'organe (Giraldès), ce qui a donné une amélioration notable de la forme; l'autre devant lequel Murray s'est abstenu en raison du bon fonctionnement de tous les doigts. En dehors de cette monstruosité, on observe: 1° des doigts surnuméraires prolongeant la série normale; 2° des pouces surnuméraires auxquels il convient de rattacher la bifidité du pouce; 3° des doigts surnuméraires sur le bord cubital.

La première variété est rare, les deux autres sont fréquemment observées.

On constate, pour les doigts surnuméraires prolongeant la série normale, un rôle héréditaire évident. Fréquemment il y a six doigts, la malformation est symétrique et même se montre à la fois aux pieds et aux mains. C'est dans ces cas surtout qu'on note l'hérédité, capable de s'étendre sur plusieurs générations. Polton, cité par Le Gendre, rapporte même que dans le village d'Izeaux (Isère) la plupart des hommes et des femmes étaient porteurs d'un sixième doigt aux pieds et aux mains. Les faits semblables sont nombreux. Dans ces cas, presque toujours le doigt a un volume en rapport avec celui de la main. Son squelette et son appareil moteur sont bien conformés et le fonctionnement est bon. Ce sont des curiosités intéressantes mais non des cas qui relèvent de la chirurgie. Il peut se faire que deux doigts voisins soient soudés, ce qui donne l'illusion dans ce cas particulier d'un doigt surnuméraire de la région cubitale. D'autres fois et alors sans rapport généralement avec l'hérédité, le nombre des doigts est considérablement augmenté. On en a vu jusqu'à 15 à chaque main et 12 à chaque pied (Voigt). Souvent ils sont rudimentaires, agissent mal. D'autres vices de conformation se greffent sur ce nombre anormal et ces appendices disgracieux, inutiles, gênants même, doivent être supprimés par l'amputation.

Peut-être la radiographie pourra-t-elle ici encore rendre des services et montrer la présence d'un métacarpien rudimentaire à enlever dans la même intervention.

Le doigt surnuméraire de la région cubitale mérite à peine son nom; c'est un appendice flottant, fixé par un pédicule exclusivement cutané au niveau généralement de la partie interne de la première phalange de l'auriculaire. Sur l'extrémité existe un ongle bien conformé ou rudimentaire, dans l'épaisseur un nodule cartilagineux, représentant le squelette, entouré de tissu cellulaire. Il n'y a bien entendu aucune trace de tendon. Cet appendice déplaisant peut être supprimé dès les premiers jours après la naissance d'un coup de ciseaux sur le pédicule; après quoi l'on met un point de suture. Il sort à peine une gouttelette de sang. Il n'y a aucune chance de récurrence.

Il en est tout autrement des pouces surnuméraires, fréquents aussi. C'est au niveau de la première phalange que se voit le doigt supplémentaire; suivant qu'il se détache du corps du métacarpien ou de la tête articulaire, on dit pouce surnuméraire ou bifidité du pouce (Longuet). Le pouce surnuméraire peut être par son squelette en continuité directe avec le corps métacarpien auquel il est soudé, ou bien il s'articule avec lui par une diarthrose communiquant fréquemment avec l'articulation métacarpo-phalangienne. Son système tendineux est toujours peu développé et son fonctionnement à peu près nul. Le pouce bifide présente, lorsque la malformation est complète, les premières phalanges de volume égal ou à peu près égal qui s'articulent sur deux versants interne et externe de la tête métacarpienne, séparés par une crête mousse. Les deux articulations ont toujours une synoviale commune. Quand la bifidité ne paraît exister que sur l'extrémité seulement du pouce, il y a deux secondes phalanges et deux longs sillons antérieur et postérieur marquent sur la première la tendance à la division

(Longuet). Les deux pouces ont d'ordinaire des tendons fléchisseurs et extenseurs bien disposés, l'un d'eux pouvant cependant être supérieur à l'autre, l'interne généralement. Il arrive qu'ils présentent des mouvements indépendants, voire même des mouvements d'opposition vis-à-vis l'un de l'autre; c'est exceptionnel. Ordinairement ils se meuvent simultanément. Si le sujet est abandonné à lui-même, il se sert à peu près exclusivement de l'un de ses pouces, qui acquiert généralement alors un volume et une puissance plus considérables que l'autre. D'habitude, on corrige opératoirement cette difformité, laide et qui ultérieurement devient quelque peu gênante, par l'inutilisation de l'un des pouces. Deux moyens sont en présence: l'amputation, seul procédé évidemment applicable aux pouces surnuméraires, et le fusionnement proposé pour le pouce bifide.

Craignant l'ouverture de la cavité articulaire, Sédillot avait conseillé de couper dans la continuité. Des exemples anciens de Velpeau, d'Annandale, et un plus récent de Chrétien, condamnent cette manière de faire; le cartilage proximal de la phalange qui reste alors en place étant celui où se produit l'accroissement normal fait, par la suite du développement, repousser le doigt amputé. C'est donc la désarticulation qu'il convient de pratiquer. Aseptique, elle n'expose à aucun accident et elle évite la récurrence. Bien entendu, l'on taille deux petits lambeaux antérieur et postérieur suffisants pour bien recouvrir l'os et l'on suture. La rétraction cicatricielle porte la phalange restée en place vers le centre de la tête métacarpienne, sans qu'il soit besoin de modeler celle-ci pour lui faire perdre son arête médiane. Les résultats sont excellents comme forme et comme mobilité. L'opération est facile, mais il faut prendre garde de bien désarticuler et de ne pas donner un coup de bistouri dans l'épaisseur du cartilage dont un fragment pourrait par mégarde rester en place et causer la récurrence dont nous venons de parler. Le fusionnement crée une syndactylie artificielle en avivant jusqu'au squelette inclusivement les faces correspondantes des phalanges en présence et suturant ensuite. Les raisons en faveur de ce procédé sont qu'en amputant, dit Kirrison, on ne sait pas si l'on n'enlèvera pas la meilleure des phalanges, c'est-à-dire la plus apte au fonctionnement, et que la phalange unique restée en place paraîtra grêle pour le métacarpien. Sous ce rapport l'expérience de la désarticulation nous a appris qu'au point de vue plastique elle ne laisse rien à désirer, tandis qu'avec de légères différences de volume des phalanges la coaptation peut n'être souvent pas parfaite dans le fusionnement. D'autre part, il est toujours facile de se rendre compte par le palper, et de plus aujourd'hui par la radiographie, du squelette des deux phalanges; les mouvements spontanés — chez le tout jeune enfant en chatouillant la main, — renseignent sur leur état fonctionnel. En cas de doute, on enlève l'externe qui est presque constamment la plus rudimentaire. Cette façon de procéder est simple, rapide, donne constamment de bons résultats et place en dehors la cicatrice, beaucoup moins gênante ici que sur la face palmaire du doigt.

II. — SYNDACTYLIE.

La syndactylie peut se combiner à l'ectrodactylie, c'est-à-dire à l'absence des doigts. En même temps qu'un ou plusieurs doigts font défaut, les autres peuvent être réunis par groupe de deux ou trois, ainsi que le montre une de nos radiographies. Nous ne traiterons ici que des faits où la syndactylie constitue une difformité isolée et indépendante. Elle se montre tantôt aux mains, tantôt aux pieds, réunissant seulement dans quelques cas deux doigts ou deux orteils sur tout ou partie de leur trajet. C'est la syndactylie partielle, complète ou incomplète, dont le siège d'élection est entre l'annulaire et le médius. D'autres fois tous les doigts sont réunis — à l'exception du pouce quelquefois — et la difformité peut se montrer même simultanément sur les deux pieds et sur les deux mains. La forme de beaucoup la plus fréquente est la syndactylie bilatérale de l'annulaire et du médius.

On lui reconnaît trois degrés : 1° palmature ; 2° accolement ; 3° fusion osseuse. Le dernier nous paraît douteux en tant qu'il s'agit de syndactylie proprement dite, et nous pensons que la plupart des faits que l'on groupe sous cette étiquette appartiennent en réalité aux ectromélies. Nous n'en trouvons d'ailleurs aucun exemple dans la thèse d'agrégation de Fort ni dans les observations qu'il nous a été donné de consulter. Nous n'en avons vu non plus aucun cas.

La palmature se présente, comme l'indique son nom, de la façon suivante. Entre deux doigts existe une membrane de forme triangulaire, à sommet correspondant à la commissure, à base libre, mince, concave, siégeant un peu au-dessus de l'extrémité digitale, à bords latéraux confondus avec les doigts. La palmature est mince et translucide. Elle se compose de deux feuillets lâchement unis, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en la pressant entre le pouce et l'index que l'on fait mouvoir l'un sur l'autre. Suivant ses dimensions transversales, elle gêne plus ou moins les mouvements des doigts, qui peuvent se déplacer isolément, mais dans une amplitude moindre qu'à l'état normal. Y a-t-il accolement, les doigts sont appliqués et soudés l'un contre l'autre ; sur la face dorsale comme sur la face palmaire, la peau passe sans transition de l'un à l'autre. L'extrémité est commune dans la syndactylie complète ; dans la syndactylie incomplète, les extrémités sont séparées mais la commissure en est rapprochée. Le plus souvent il existe un ongle pour chaque doigt, mais ils peuvent être très voisins, se toucher par leurs bords, voire même se confondre. On constate assez facilement par le palper l'état du squelette et la mobilité obtuse des doigts voisins, l'un par rapport à l'autre. Dans quelques cas, l'accolement est si intime que l'on a l'illusion que les segments homologues profonds sont fusionnés. Cette impression est encore plus forte lorsque, comme dans une observation de Kummer, les phalanges des deux doigts ne sont pas parallèles, mais plus ou moins entre-croisées. Jamais, au surplus, il n'y a entre les doigts accolés d'indépendance fonctionnelle. Leurs mouvements sont, comme pour les doigts palmés, diminués d'amplitude ; en outre, ils sont communs.

Dans l'un et dans l'autre cas, on constate souvent une atrophie des doigts, généralement d'autant plus profonde que leur union est plus intime.

L'état anatomique est très différent suivant que l'on a affaire à la palmature ou à l'accolement.

Ici, la présence de la membrane surajoutée, dont les deux feuillets se continuent avec les téguments dorsaux et palmaires, constitue tout le mal. Aucune lésion ne se voit du côté des parties molles ou du squelette des doigts. Le seul point à connaître est que la bifurcation des artères collatérales se fait plus bas qu'à l'état normal (Guersant), de sorte que la section de la palmature sur toute sa longueur fait courir le risque d'intéresser ces vaisseaux. Cette complication est aujourd'hui négligeable. Quoi qu'il en soit, on trouve tous les éléments d'une bonne et facile réparation.

Dans l'accolement, outre la même disposition vasculaire (Lemaistre), on constate que la peau n'est non seulement pas en excès, mais en défaut, que sa simple section laisse découverte une face et plus du doigt, en tenant compte de la rétraction. D'autre part, il est fréquent que les articulations homologues communiquent, de telle sorte que, dans ce cas, on les ouvre fatalement en séparant les deux doigts, ce qui était jadis un gros danger vital, ce qui reste actuellement un grave inconvénient fonctionnel. C'est là le mauvais côté du pronostic : opération délicate à conduire et à surveiller attentivement dans ses suites, car les récurrences sont fréquentes et plus graves que la malformation primitive. Elle se forme de la manière suivante : de la commissure restaurée le tissu cicatriciel se forme et remonte vers l'extrémité des doigts, comme le faisait ou se proposait de le faire artificiellement le procédé de Cloquet pour la cure des divisions congénitales du voile du palais. Bref, les progrès de la cicatrisation peuvent réunir en partie ou en totalité les doigts et les mettre dans des conditions beaucoup plus défavorables alors que la malformation primitive, car ce tissu intermédiaire ne peut être employé à une restauration nouvelle. Dans d'autres cas, la rétraction de la cicatrice longitudinale impose au doigt une flexion fort gênante.

Innombrables sont les procédés opératoires qui s'adressent à la syndactylie. Nous ne citerons que ceux qui nous paraissent les meilleurs.

Dans les cas de palmature large, le sommet de la membrane interdigitale correspondant à la commissure normale, la simple excision suivie de suture et de réunion immédiate suffit à la guérison et donne de bons résultats. S'il y a accolement, les difficultés sont plus grandes. Pour éviter la formation d'adhérences cicatricielles entre les deux surfaces cruentées latérales des doigts, deux ordres de moyens sont proposés. Didot, de Liège, revêt de peau les deux faces digitales correspondantes par une double autoplastie, que la figure explique mieux que toute description. Soient deux doigts accolés ; deux lambeaux, l'un palmaire, l'autre dorsal, sont disséqués, leur base correspondant à la partie moyenne, l'un de la face antérieure de l'un des doigts, l'autre au point correspondant de la face postérieure de l'autre doigt. La séparation étant accomplie, la face latérale de chaque doigt est revêtue

par le lambeau adhérent à ce doigt et la suture se fait comme l'indique la figure. Ce procédé est excellent lorsqu'il y a assez d'étoffe, mais si l'accolement est poussé très loin il est inapplicable, les lambeaux étant insuffisants pour recouvrir les faces qu'ils doivent séparer.

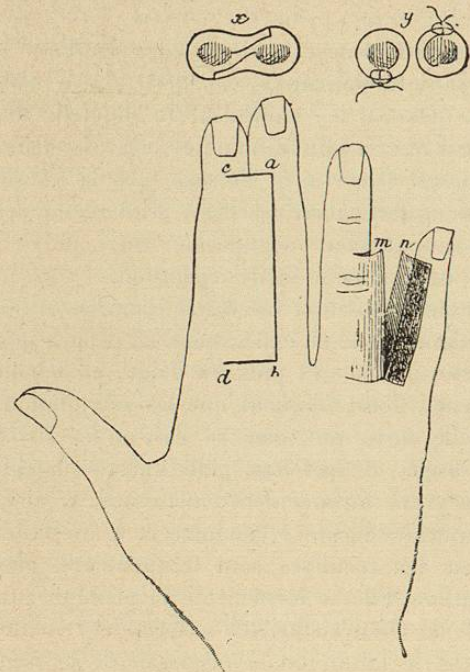


Fig. 12. — Procédé de Didot.
x, coupe représentant la disposition des lambeaux dorsal et palmaire avant la séparation des doigts. — y, coupe représentant la disposition des lambeaux appliqués sur les doigts séparés.

On peut alors recourir au second mode de procédé qui vise la restauration de la commissure, point faible d'où risque de partir la récurrence. Un lambeau palmaire ou dorsal est dessiné, disséqué, appliqué sur la commissure. C'est le procédé de Zeller, dont des modifications ont été proposées par Morel-Lavallée et par Félizet. Ce point acquis et la commissure cicatricielle ne risquant pas de se reproduire, on peut impunément laisser bourgeonner les faces latérales. Nous préférons cependant en user, le cas échéant, comme l'a fait Kummer, de Genève, qui, après avoir restauré la commissure, employa tous les téguments nécessaires pour recouvrir immédiatement un des doigts et suturer, et fit, pour recouvrir l'autre, une autoplastie par la méthode italienne (lambeau pris sur la poitrine). Le procédé de M. Forgue, de Montpellier, que relate M. Jeanbrau, nous paraît supérieur. Comme le précédent, il consiste à utiliser entièrement pour un des doigts les téguments de la syndactylie et à tapisser par une greffe la grande surface cruentée qui demeure sur l'autre, mais cette greffe est faite suivant la méthode indienne, en prenant à la face dorsale de la main un lambeau à pédicule inférieur.

XXIV

TUMEURS ET FISTULES CONGÉNITALES

PAR LE D^r VICTOR VEAU

Ancien interne, médaille d'or, prosecteur à la Faculté.

I. — TUMEURS LIQUIDES

A) *Kystes épithéliaux*. — Les kystes épithéliaux sont de deux ordres.

a). Les *kystes simples* dont la paroi ne renferme que des dérivés de l'ectoderme. Il sont généralement superficiels. Leur pathogénie ne prête à aucune discussion ; ils sont dus à l'enclavement tégumentaire. Ils sont dermoïdes ou mucoïdes suivant qu'ils sont engendrés par des débris cutanés ou muqueux.

b). Les *kystes complexes* dont la paroi renferme, outre le revêtement épithélial, de nombreux éléments mésodermiques souvent disposés sous la forme d'organes. Ces kystes siègent principalement dans l'ovaire, les testicules ou les régions avoisinantes, leur pathogénie est très discutée¹.

I. — *Kystes épithéliaux simples*. — ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — Les kystes épithéliaux sont tous congénitaux, mais, dans une première phase de leur évolution appelée par Verneuil période d'indolence ou de stagnation, ils sont facilement méconnus. Cette période latente peut se prolonger jusqu'à un âge avancé, mais elle ne dépasse pas en général la puberté pour les kystes sous-cutanés et l'âge mûr pour les kystes profonds.

Les *kystes épithéliaux simples* sont dus à la prolifération de cellules de revêtement incluses lors de l'évolution embryonnaire. Cette théorie émise par Verneuil en 1852 est absolument admise de nos jours et pleinement démontrée. Je ne veux pas parler des autres hypothèses qui ne furent émises que pour expliquer les kystes complexes qui se rapprochent plus ou moins des monstruosité. L'enclavement de l'épiderme produira le kyste dermoïde, l'enclavement d'une muqueuse sera l'origine du kyste mucoïde.

On admet actuellement que cet enclavement est une *anomalie du développement* : je ne le pense pas. Quand on étudie l'évolution normale des fentes embryonnaires qui doivent disparaître, on voit que l'effacement se fait non

(¹) L'époque est venue de ne plus confondre, dans une même description, des tumeurs essentiellement différentes. Rien ne ressemble moins au kyste dermoïde de la queue du sourcil que le kyste dermoïde complexe de l'ovaire. Il est impossible d'étudier dans un chapitre d'ensemble la structure et surtout la pathogénie de pareilles tumeurs. Ce qu'on dit de l'un ne peut s'appliquer à l'autre et les élèves qui étudient nos traités classiques sont absolument perdus quand ils voient discuter des pathogénies invraisemblables pour des tumeurs d'apparences peu compliquées. — La confusion est venue de ce fait qu'il existe tous les intermédiaires entre le kyste dermoïde le plus simple et le tératome le plus complexe, de même qu'entre l'organisme le plus inférieur et le mammifère le plus élevé. Décrire dans un chapitre d'ensemble tous les kystes épithéliaux est aussi peu scientifique que de chercher à faire comprendre par une seule description l'organisation de tous les êtres.