

On donne le nom d'oignon à une espèce de cor large, arrondi, plus ou moins élevé au-dessus du niveau de la peau, qui se développe sur le côté interne de l'articulation du gros orteil avec le premier os du métatarse. La pression constante exercée par une chaussure trop étroite est la cause ordinaire de l'oignon, comme des autres cors; mais cette cause n'agit guère que chez les personnes dont le gros orteil est dévié considérablement en dehors et forme un angle obtus avec le premier os du métatarse; soit que cette déviation dépende d'une conformation première, ou qu'elle soit produite par les chaussures, comme on le voyait fréquemment autrefois chez les femmes qui portaient des souliers très-étroits et très-pointus. Lorsque la déviation de l'orteil est considérable, la peau qui couvre le côté interne de l'articulation éprouve un tiraillement qui la rend douloureuse à la moindre pression; quelquefois même elle est dans un état habituel de phlogose qui empêche ou gêne prodigieusement la marche. On fait cesser cet état en changeant la direction vicieuse de l'orteil, soit au moyen d'un petit coussin qu'on place entre lui et le second orteil; ou mieux encore d'un doigtier de peau de chamois ou de toile qui présente une languette assez étendue pour longer le bord interne du pied, passer derrière le talon, être conduite obliquement de derrière en devant et de dehors en dedans sur le cou-de-pied, descendre sur son bord interne, traverser la pointe du pied et remonter sur sa face supérieure, où elle est arrêtée par quelques points d'aiguille.

Mais lorsque la douleur causée par la compression du soulier est supportable, et que cette compression continue, l'épiderme s'épaissit et forme des feuillets minces qui peuvent être séparés les uns des autres; cette circonstance, jointe à la forme arrondie de l'espèce de cor dont il s'agit, est ce qui lui a fait donner le nom d'oignon. Les oignons sont en général moins douloureux que les autres cors, parce que, leur base étant très-large, la pression à laquelle ils sont exposés, répartie sur une grande surface, est médiocre sur chacun des points qu'elle presse. Le traitement des oignons est le même que celui des autres cors.

On a pris souvent pour un oignon une espèce de tumeur enkystée qui naît quelquefois sur la partie interne de l'articulation du gros orteil avec le premier os du métatarse. Cette tumeur, qui ne prend jamais un volume considérable, est circonscrite, ronde, un peu aplatie

par la compression du soulier, molle, indolente, et ne cause ordinairement aucune incommodité; quelquefois la peau qui la couvre s'enflamme, et alors elle devient douloureuse. Cette inflammation cède facilement aux cataplasmes émollients et au repos; mais lorsqu'elle est dissipée, la tumeur conserve assez souvent une sensibilité qui la rend gênante, et fait désirer au malade d'en être débarrassé. L'instrument tranchant et le caustique sont les moyens que l'on peut employer pour la guérison de cette tumeur. L'extirpation du kyste semblerait, au premier coup d'œil, le plus convenable; mais son adhérence intime au ligament capsulaire exposerait à blesser ce ligament, et l'ouverture de l'articulation pourrait donner lieu à des accidents graves. Le caustique paraît donc préférable, et c'est le moyen que nous avons préféré dans deux cas de cette espèce, les seuls que nous avons rencontrés. On applique un grain de potasse caustique sur le centre de la tumeur, et lorsque l'eschare est tombée, si le kyste n'est point ouvert, on l'incise avec la pointe d'un bistouri ou d'une lancette. L'humeur visqueuse qu'il contient s'écoule; on touche la surface avec le nitrate d'argent; elle se couvre de bourgeons charnus qui deviennent la base d'une cicatrice qui tarde peu à être complète. Mais avant d'attaquer cette tumeur, il faut être certain qu'elle n'est pas formée par de la synovie amassée dans l'articulation. Quand la tumeur est circonscrite, on juge qu'elle est enkystée. On reconnaît, au contraire, qu'elle provient d'un amas de synovie lorsqu'elle n'a aucune limite fixe: dans ce dernier cas, si on l'ouvrait, soit avec l'instrument tranchant, soit avec le caustique, il pourrait en résulter les accidents les plus graves. C'est ce que j'ai vu une fois. Un chirurgien, croyant ouvrir une tumeur enkystée, pénétra dans l'articulation: il survint un gonflement inflammatoire énorme de tout le pied, accompagné de vives douleurs et de fièvre; il se forma plusieurs abcès tant sur le dos qu'à la plante du pied, et la vie du malade fut en danger; il guérit pourtant, mais la guérison fut très-longue et très-difficile.

L'inflammation qui s'empare de l'espèce de tumeur enkystée dont il s'agit se termine quelquefois par suppuration; la tumeur s'ouvre, l'humeur visqueuse qu'elle contient s'échappe, et l'ouverture reste fistuleuse, ou, si elle se cicatrise, elle tarde peu à se rouvrir. Un stylet introduit par cette fistule, et dirigé horizontalement, pénètre plus ou moins profondément et peut être mis circulairement. Lorsque le stylet ne pénètre qu'à quelques lignes de profondeur, on peut espé-

rer de guérir la fistule en touchant ses parois avec le nitrate d'argent, et en exerçant ensuite une compression suffisante pour presser ces parois l'une contre l'autre, et déterminer leur agglutination. Dans le cas contraire, on est presque toujours obligé de fendre le trajet fistuleux dans toute l'étendue de son diamètre antéro-postérieur, et de faire l'excision des lèvres de la plaie de manière à ne laisser du kyste que la partie qui adhère au ligament capsulaire. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération; elle a toujours eu le résultat que je m'en étais promis, c'est-à-dire que la surface du kyste s'est couverte de bourgeons charnus, que la plaie s'est cicatrisée de la circonférence vers le centre, et que les malades, qui depuis longtemps ne pouvaient marcher qu'avec la plus grande difficulté et en souffrant, n'ont plus senti ni gêne ni douleur (a).

(a) — Boyer parle des cors qui se forment à la plante du pied, et il cite l'observation d'un cor qui se développa chez un jeune homme dans la partie de la plante du pied qui correspond à la tête des os du métatarse. J'ai vu ce malade, et le cor s'était montré immédiatement au-dessous de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. En citant cette observation, Boyer confond ce cor avec ceux qui naissent dans les autres points de l'étendue de la plante du pied. Je crois qu'ils doivent en être distingués, parce qu'ils ont quelquefois des relations avec l'articulation métatarso-phalangienne, comme on peut en juger par les observations suivantes.

1<sup>re</sup> observation. — En l'année 1843, il se présenta à l'hôpital Saint-Louis un homme, âgé de soixante-deux ans, qui se plaignait de ne pouvoir marcher à cause d'un cor ou durillon, situé immédiatement sous l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Me souvenant du cas semblable que j'avais vu dans la pratique de mon père, je crus devoir extirper le cor en le circonscrivant par deux incisions semi-lunaires. L'opération fut simple et facile; mais quelques jours après, il survint de l'inflammation, des décollements de peau, des fûsées purulentes au-dessus de l'aponévrose plantaire, puis l'ouverture de l'articulation métatarso-phalangienne, et, enfin, des accidents adynamiques généraux qui conduisirent le malade au tombeau. L'examen des parties fit voir qu'il y avait communication de la plaie extérieure

avec l'articulation métatarso-phalangienne, et que celle-ci présentait les altérations pathologiques qu'on observe dans les tumeurs blanches.

2<sup>e</sup> obs. — Mon attention avait été vivement frappée par la gravité des accidents qui suivirent une opération aussi simple, et j'avais attribué une conséquence si fâcheuse à quelque manœuvre imprudente qui avait pu me faire blesser l'aponévrose plantaire, ou à une disposition morbide individuelle que j'avais méconnue. J'étais sous l'impression de ces idées lorsqu'en l'année 1844, un cocher vint à l'hôpital Saint-Louis pour se faire guérir de plusieurs durillons qu'il avait sous la plante des pieds. Les uns étaient situés vers le milieu de cette partie, les autres étaient sous les articulations métatarso-phalangiennes, et le pied droit en offrait un placé sous la première de ces articulations. Je n'osai enlever aucun de ces cors; je me contentai de les ramollir avec des cataplasmes et des onguents, et le malade soulagé, mais non guéri, quitta l'hôpital après un séjour de plusieurs semaines. Je l'ai revu depuis: il continue l'application des onguents, qui amollissent ses durillons, les empêchent d'être douloureux, mais qui ne rendent pas à la peau sa souplesse naturelle.

Ce deuxième cas, dans lequel j'avais conservé une réserve presque pusillanime, puisque je n'avais osé enlever aucun des durillons, n'éclairait en rien ce qui s'était passé dans le premier cas, et je restais dans le doute sur les conséquences de l'opération que j'avais pratiquée, lorsqu'un troisième fait vint me démontrer que la tumeur blanche de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, chez le premier malade, n'était pas le résultat de l'opération, mais l'effet des progrès du cor vers cette articulation, et il me porta à croire qu'elle était déjà malade et peut-être même ouverte quand j'enlevai ce cor.

3<sup>e</sup> obs. — Le 19 août 1845, un homme âgé de cinquante ans se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une maladie du pied. Il porte sous l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche un durillon très-considérable, ouvert et suppurant dans son milieu, avec engorgement inflammatoire du pied. Ce malade dit qu'il a ce cor depuis dix à douze ans, mais qu'il n'en souffre que depuis deux ans environ, que c'est vers cette époque que la suppuration est survenue, et que l'engorgement inflammatoire n'existe que depuis quelques jours. Il ne peut pas mieux préciser les diverses périodes du développement de sa maladie. Je l'admets à l'hôpital, et le lendemain

de son admission, je sonde la plaie qui est au milieu du durillon. Le stylet arrive immédiatement dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et je reconnais sans peine que les surfaces articulaires sont nécrosées. Sur le côté interne de la même articulation, la peau offre une tache violacée qui menace de gangrène. J'applique des cataplasmes émollients. Le 21, il y a une eschare que l'emploi des mêmes topiques fait tomber, et le 26 août, les parties étant revenues à leur état normal, je peux de nouveau m'assurer de l'exactitude de mon diagnostic. La nécrose de la tête du premier os métatarsien nécessitant l'amputation de cet os, j'engage le malade à se soumettre à cette opération; il y consent, et je fixe au 8 septembre le jour où je la pratiquerai, afin que dans cet espace de temps les tissus, qui ont été enflammés, soient complètement revenus à leur état normal. Comme la dernière phalange du gros orteil est saine, je pense qu'il vaut mieux la conserver, pour laisser au pied un point d'appui; car l'ablation du gros orteil est toujours suivie d'une très-grande gêne dans la marche. En conséquence, je me propose de pratiquer, sur le trajet des fistules, une incision parallèle à la direction du pied, de couper le premier os métatarsien avec les pinces de Liston, de faire la section des parties molles en rasant cet os et la première phalange jusqu'à l'articulation de celle-ci avec la seconde phalange, et d'achever l'opération par la désarticulation. Mais je n'ai pu exécuter ce projet, parce que, l'os du métatarse ayant acquis de la consistance, les pinces de Liston n'eurent pas assez de force pour le couper, et je me trouvai dans la nécessité de désarticuler d'abord la première phalange de la seconde, puis de l'os métatarsien, et de scier ensuite celui-ci: or, la première de ces deux désarticulations présenta de grandes difficultés. Lorsque l'opération fut terminée, je vis que la dernière phalange, privée de tout soutien, tombait sur le deuxième orteil: je la soutins avec de la charpie et je pansai à plat. L'examen des os enlevés m'a fait voir une nécrose des surfaces articulaires correspondantes du premier os métatarsien et de la première phalange. La lame de substance compacte de l'os métatarsien et son tissu spongieux étaient considérablement indurés. Le tissu osseux de la phalange était sain. La marche de la cicatrisation fut simple dans la portion de la plaie correspondante à l'os métatarsien; mais il n'en fut pas de même dans la partie correspondante à la dernière phalange: celle-ci se nécrosa, et des fistules s'établirent sur ses côtés. J'avais espéré qu'il se formerait, entre cette phalange et la por-

tion restante du premier os métatarsien, un tissu dense qui rétablirait, pour ainsi dire, la continuité des deux parties, comme cela se voit quelquefois après l'ablation du premier os métacarpien. Il n'en fut pas ainsi, et cette phalange se redressa et prit une direction vicieuse qui gênait dans la chaussure. Le 26 octobre, il ne restait plus que deux très-petites fistules; le malade pouvait marcher avec des souliers; mais il était survenu un nouveau durillon ou cor sous l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil. Je l'ai enlevé par deux incisions demi-circulaires. Le 30 novembre, le malade veut quitter l'hôpital, ayant encore sa fistule et n'étant pas guéri de la plaie du dernier durillon enlevé. Le 15 décembre suivant, cet homme rentre à l'hôpital. La plaie de ce durillon, loin d'avoir diminué, a augmenté tant en largeur qu'en profondeur: il y a dans son milieu une eschare, et sa circonférence est formée par un épiderme très-épais. Je fais appliquer un cataplasme, et le lendemain j'enlève l'épiderme ramolli. Je nettoie ainsi la plaie; je pansé l'eschare avec l'onguent styrax, et je mets un cataplasme par-dessus. Le 19, l'eschare est tombée; la plaie est couverte de bourgeons charnus vermeils. Malgré ce bon aspect, malgré les soins apportés au pansement, malgré l'ablation, quatre fois répétée, d'une couche épidermique épaisse qui entourait circulairement la plaie, celle-ci était dans le même état au 15 janvier 1846, et reposait sur un fond induré. J'engageai le malade à laisser enlever ce fond, et ce jour même j'ôtai, au moyen de deux incisions demi-circulaires, toute la partie épidermique indurée, ayant soin de la circonscrire dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur. Elle avait un centimètre et demi de diamètre, et elle s'étendait jusqu'à l'aponévrose plantaire, qui était envahie par elle, de sorte que j'en coupai une portion et que je mis à nu le tendon fléchisseur de l'orteil du milieu. En explorant les parties avec le doigt, après l'opération, je reconnus que j'étais immédiatement au-dessous de l'articulation du quatrième os métatarsien avec la première phalange du quatrième orteil. Cette plaie se cicatrisa régulièrement, le tendon s'étant recouvert de bourgeons charnus. Le 12 février, elle paraissait presque cicatrisée, l'épiderme n'offrant plus qu'un trou de la grandeur d'une tête d'épingle. Mais, ayant mis un stylet dans ce trou pour m'assurer de ce qui existait, je vis ce stylet pénétrer sous l'épiderme à une profondeur de plus d'un centimètre. Alors le lendemain, j'excisai tout cet épiderme, et je trouvai au-dessous une plaie: je la cantérisai à plusieurs reprises, j'empê-

chai l'épiderme de se former de nouveau au-dessus d'elle, et je l'amenaï ainsi à cicatrisation. Le malade sortit de l'hôpital le 6 mars 1846, conservant à l'endroit où j'ai pratiqué l'opération, c'est-à-dire au-dessous de la quatrième articulation métatarso-phalangienne, un durcissement rond de l'épiderme.

Cette dernière observation prouve évidemment que, dans le premier fait que j'ai cité, l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil était malade avant que j'eusse pratiqué l'opération. Elle prouve encore que les indurations de l'épiderme de la plante du pied, nommées cors ou durillons, s'étendent jusqu'à l'aponévrose plantaire; que celle-ci participe d'abord seule à la maladie, mais que plus tard les parties molles qui environnent l'articulation deviennent malades, et qu'enfin celle-ci est elle-même affectée. On doit donc conclure de là que ces cors ou durillons ne sont pas de simples durcissements de l'épiderme, et que le chirurgien doit être très-réservé dans son diagnostic et dans son pronostic, et très-prudent dans le mode de traitement qu'il conseille et dans les opérations qu'il pratique.

### § 3. — De l'ongle entré dans la chair.

Lorsque la partie des bords latéraux de l'ongle la plus voisine de son bord libre agit sur la peau, l'irrite, et en détermine l'inflammation et l'ulcération, on appelle cet état *ongle entré dans la chair*. Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont substitué à cette désignation celle d'ongle incarné; mais cette dénomination pourrait induire en erreur en portant à croire, par analogie, que la maladie dont il s'agit consiste dans la dégénération charnue de l'ongle, tandis que la substance de ce corps n'éprouve aucune altération, du moins au commencement de la maladie.

Le gros orteil est le siège ordinaire de l'ongle entré dans la chair; les autres orteils en sont rarement atteints, et on ne l'observe presque jamais aux doigts de la main. Cette maladie peut avoir lieu aux deux côtés du gros orteil, mais le plus communément c'est le côté interne qui est affecté (1).

(1) J'ai vu une seule fois l'ongle du troisième orteil entré dans la chair: c'était chez un jeune homme âgé de vingt à vingt-deux ans.

La compression exercée sur les orteils par une chaussure trop étroite, et la manière de couper les ongles, sont les causes les plus ordinaires de l'ongle entré dans la chair. Une chaussure trop étroite diminue le diamètre transversal des orteils, augmente la courbure des ongles, dirige leurs bords en bas, et favorise ainsi l'action de ces bords sur la peau. La manière de couper l'ongle du gros orteil contribue beaucoup plus que les chaussures étroites à la production de la maladie dont nous parlons. Si on coupe cet ongle droit en travers ou carrément, le bord forme de côté et d'autre, avec la partie libre des bords latéraux, un angle droit qui s'avance sur la peau et la couvre sans la blesser. Si, au contraire, on coupe l'ongle en l'arrondissant, comme le font beaucoup de personnes, la pression que la pulpe de l'orteil éprouve dans la station, et surtout dans la progression, fait remonter la peau en manière de bourrelet au-dessus des extrémités de la ligne courbe que présente le bord libre de l'ongle, et, lorsque celui-ci vient à croître, il agit sur la peau, qui lui résiste, l'irrite, l'enflamme et l'ulcère.

Les effets de l'ongle entré dans la chair sont différents selon les degrés de la maladie: dans le principe, la peau est seulement irritée, le malade éprouve de la douleur en marchant; mais comme cette douleur est légère et très-supportable, il ne s'impose aucun repos; cependant le mal augmente, la peau s'enflamme, s'entame dans l'endroit sur lequel le bord de l'ongle appuie; les souffrances augmentent et la marche est plus difficile; il s'élève quelquefois de l'ulcération de la peau une espèce de fongosité ou excroissance charnue, semblable à celle qui arrive souvent dans la maladie des doigts appelée tourniole; elle est si douloureuse qu'elle peut rendre la station impossible. Dans un degré plus avancé de la maladie, l'inflammation gagne la peau qui confine à la racine de l'ongle dont les adhérences deviennent moins intimes et sont quelquefois entièrement détruites; la peau que couvre l'ongle participe aussi, plus ou moins, à l'inflammation: dans cet état des choses, la suppuration est abondante, sanieuse et fétide; les douleurs sont très-vives, et le malade ne peut marcher qu'en appuyant sur le talon.

Les deux côtés de l'ongle avaient entamé la peau: des petits tampons de charpie introduits sous l'ongle guérirent la maladie dans l'espace de dix jours.