

de la tumeur. Ces tentatives sont souvent restées infructueuses et n'ont ajouté qu'une difficulté de plus au manuel opératoire.

J'ai recours au moyen que j'emploie toujours dans un grand nombre d'opérations sanglantes, à l'hémostase préventive faite à l'aide des PINCES HÉMOSTATIQUES. La compression doit être ainsi pratiquée : Deux pinces sont placées sur les côtés de la tumeur. Une comprime la langue transversalement en arrière, l'autre comprime d'avant en arrière les faces supérieure et inférieure; enfin, du côté de la bouche, une troisième pince empêche d'arriver le sang des gros troncs qui de ce côté se rendent à la tumeur (1). Simplifiée de la sorte, l'opération devient facile, d'autant plus facile même qu'il n'y a plus à craindre l'écoulement du sang dans les voies respiratoires. On peut agir hardiment avec le bistouri ou les ciseaux et enlever la tumeur dans sa totalité. Ce mode de traitement ne convient point seulement aux hypertrophies papillaires de la langue. Toutes les affections dans lesquelles l'ablation de cet organe est indiquée permettent de l'employer. Je crois, Messieurs, que c'est là une ressource précieuse à laquelle les chirurgiens feront bien de recourir.

(1) Voyez, pour plus de détails, Deny et Exchaquet (*loc cit.*).

TROISIÈME LEÇON

DES HYPERTROPHIES PAPILLAIRES DU PIED

MESSIEURS,

Dans notre précédente leçon, nous vous parlions des tumeurs circonscrites dues à l'hypertrophie des papilles linguales. Toutes les muqueuses accessibles au chirurgien peuvent être le siège de ces sortes d'affections. Dans la bouche, les fosses nasales, la caisse du tympan et le larynx, entre les paupières, dans le rectum et le vagin, sur le col utérin et sous le prépuce, sur la muqueuse de l'urèthre et de la vessie, on rencontre des productions de même nature.

Le tégument externe n'en est point exempt; à la main et au pied, au voisinage des ouvertures normales du corps, on en voit assez fréquemment aussi.

Souvent, dans nos leçons cliniques des années précédentes, nous vous avons fait remarquer les caractères spéciaux que revêt la maladie, suivant qu'elle occupe telle ou telle région.

Ces différences reposent uniquement sur les troubles fonctionnels; les caractères anatomo-pathologiques, la marche, le pronostic présentent la plus grande analogie.

Il est aisé de concevoir, après cela, que les hypertrophies papillaires doivent se faire surtout dans les régions les plus riches

en papilles; où le réseau capillaire est le plus développé, la circulation générale plus active. D'un autre côté, les mouvements fonctionnels, l'abondance des sécrétions, une sorte de tendance morbide aux congestions passives, constituent une véritable prédisposition pour le développement de ces tumeurs.

Nous n'avons point l'intention d'entrer aujourd'hui dans le domaine de la pathologie générale et de développer devant vous ces différents aperçus; nous voulons seulement, puisque nous en avons l'occasion, étudier isolément l'hypertrophie papillaire du pied, comme nous étudions la semaine dernière l'hypertrophie papillaire de la langue.

Le jeune homme qui fera le sujet de notre leçon est affecté d'une tumeur de ce genre, siégeant dans la région postéro-latérale externe du pied droit en un point où l'hypertrophie papillaire est beaucoup moins fréquente que dans la région plantaire. Voyons quelle marche a suivie la tumeur pour arriver à son volume actuel.

OBSERVATION III.

M..., âgé de vingt ans, garçon boucher, occupe le n° 36 de la salle Saint-Augustin. Rien dans ses antécédents ne permet de croire à une affection diathésique.—D'après ce qu'il dit, le début de la tumeur remonterait à un an environ. Lorsque son attention fut attirée pour la première fois sur la région où elle siège, on n'y découvrait qu'une petite élevation rougeâtre un peu diffuse recouverte de débris épidermiques farineux. Cette tumeur aurait, dit-il, une origine traumatique, elle résulterait des frottements répétés d'une botte dont la partie postérieure (contre-fort) se serait affaissée et serait restée pendant assez longtemps dans cet état.

Je raconte l'histoire, Messieurs, exactement comme la raconte la malade, mais je dois vous prévenir qu'il ne faut accorder, pour tout ce qui regarde l'étiologie des tumeurs, qu'une médiocre confiance à ces récits. Les personnes les plus intelligentes et les moins disposées à induire le chirurgien en erreur sont toujours prêtes à assigner une origine traumatique à des affections absolument spontanées. Pour les maladies du pied, cette méprise est facile à comprendre. Lorsque la tumeur a pris un certain volume, elle a joué le rôle de corps étranger, et les chaussures, devenues trop étroites, ont blessé le malade.

Bien que notre jeune homme eût remplacé par d'autres les chaussures qu'il avait, la tumeur continua de se développer et devint douloureuse. Pen-

dant six mois l'accroissement fut lent et à peine perceptible, mais, depuis le mois d'août dernier, il prit une allure beaucoup plus rapide; la gêne augmenta en raison directe du volume de la tumeur. La marche et surtout la station verticale prolongée amenaient un gonflement notable, des battements perceptibles au toucher, et une coloration rouge beaucoup plus vive. Tout disparaissait par le repos au lit, et chaque matin, la tumeur avait repris

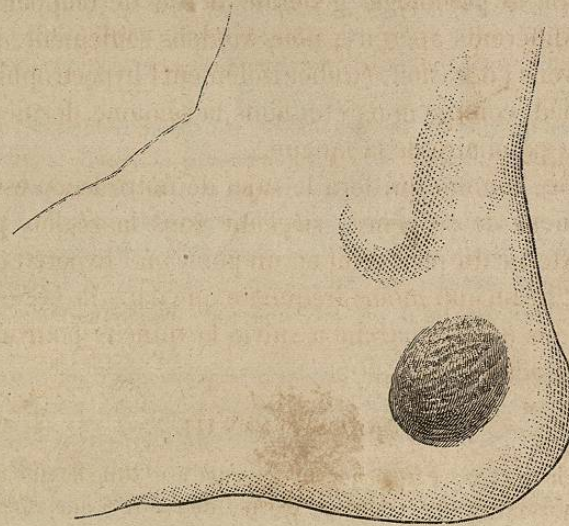


FIG. 7. — Tumeur papillaire du pied dégénérée.

Le moule se trouve à notre musée, à l'hôpital Saint-Louis. (De notre collection.)

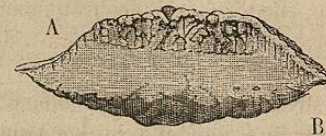


FIG. 8. — Coupe longitudinale de la tumeur. A, face cutanée montrant les papilles hypertrophiées; B, face profonde.

ses caractères habituels. Néanmoins le travail journalier du jeune homme l'obligeant à se tenir constamment debout, il se décide à se faire enlever sa tumeur.

Pendant qu'elle est encore en place, voyons ensemble, Messieurs, sous quel aspect elle se présente (voy. fig. 7).

Siégeant à la partie postérieure du pied gauche, entre le bord externe du

tendon d'Achille et la malléole externe, elle tranche nettement par sa couleur et sa consistance sur les téguments du voisinage. Sa forme est assez régulière, elle est à peu près hémisphérique et appliquée sur les téguments par sa base. La coloration est sombre, d'un rouge violacé, comparable à celle de l'aubergine. La surface n'est pas lisse; sur ses limites, elle est hérissée de petites saillies à peu près égales, distinctes les unes des autres. Au milieu on trouve des inégalités, mais les saillies papillaires font défaut. Depuis le premier jour la tumeur a gardé cet aspect. Tout autour de la base, on voit un cercle vasculaire assez abondant, formé par des veinules de petit calibre; mais nulle part on ne trouve de gros troncs veineux dilatés et variqueux.

A la pression, elle est un peu molle, mais non réductible; elle n'est pas complètement mobile sous les téguments et paraît adhérer assez étroitement au tissu sous-dermique. En un mot, la tumeur offre tous les caractères de ces tumeurs formées par l'hypertrophie partielle des papilles du pied et de la jambe que nous vous avons déjà fait connaître dans nos leçons cliniques antérieures. Mais l'aspect ulcéreux et légèrement tubéreux fait craindre qu'il n'y ait déjà une dégénérescence commençante.

[La tumeur enlevée avec le bistouri, la plaie guérit en assez peu de temps et le malade quitta le service un mois après l'opération. Quatre mois plus tard nous avons eu l'occasion d'avoir de ses nouvelles et il n'y avait pas de récurrence. L'examen microscopique de la tumeur fait par M. Malassez nous a montré la légitimité de notre réserve. La tumeur était un *épithélioma papilliforme reposant sur une base érectile.*]

Vous n'avez certes pas oublié que je classais les hypertrophies papillaires de la langue d'après leur richesse en vaisseaux. Ce que je vous disais alors peut s'appliquer avec quelques variantes, aux hypertrophies papillaires du pied. L'hypertrophie résulte-t-elle d'une multiplication de tous les éléments d'une papille normale; vaisseaux sanguins et lymphatiques, tissu conjonctif et fibres élastiques, nous aurons affaire à la première forme; celle que j'ai appelée épidermique, parce que par ses caractères macroscopiques, elle rappelle un peu certaines productions épithéliales. Si au contraire l'élément vasculaire domine, si le tissu conjonctif, quoique plus abondant qu'à l'état normal, n'offre pas une augmentation proportionnelle à celle des vaisseaux, nous serons en présence de l'hypertrophie pa-

pillaire à forme vasculaire. Enfin, la variété mixte représente une forme intermédiaire à la première et à la seconde.

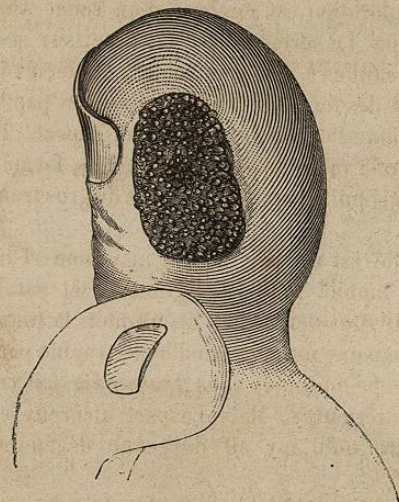


FIG. 9. — Hypertrophie papillaire à forme épidermique siégeant sur le gros orteil. Dessin recueilli sur un malade opéré en 1860. (De notre collection.)

Au pied comme à la langue, nous avons donc affaire aux trois formes cliniques de l'hypertrophie papillaire :

- 1° FORME SIMPLE OU ÉPIDERMIQUE;
- 2° FORME VASCULAIRE;
- 3° FORME MIXTE.

Il est assez rare que la distinction soit tranchée aussi nettement que je vous l'indique. Si je prends par exemple la forme simple, il arrive souvent qu'à la périphérie, le tissu conjonctif et le tissu fibreux prédominent, tandis qu'à la base, les vaisseaux sont très-abondants. De telle façon qu'on a affaire à une véritable tumeur fibreuse reposant sur une base érectile. Tantôt les choses se passent différemment; vers le sommet de la papille, les vaisseaux sont assez nombreux pour former une sorte d'angiome, mais à la base, c'est sur le tissu conjonctif que porte

l'hypertrophie, et la tumeur repose sur une sorte de plaque fibreuse qui disparaît peu à peu dans son épaisseur.

De même, la forme vasculaire présente des différences très-notables selon les sujets; tantôt elle se rapproche de la tumeur érectile véritable et n'en diffère que par sa situation superficielle,

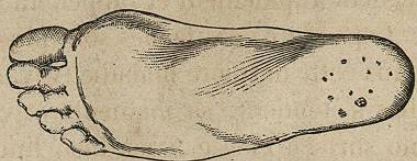


FIG. 10. — A, disposition et rapport des tumeurs.

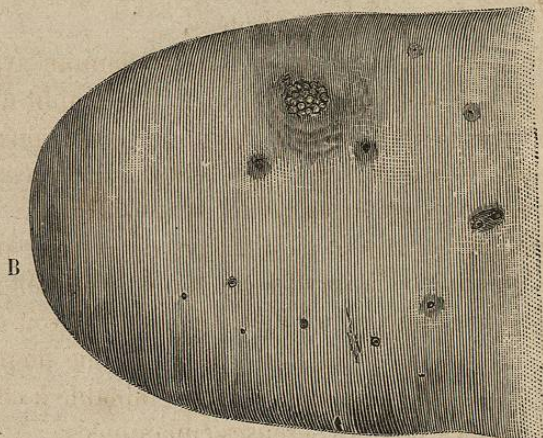


FIG. 10 bis. — Hypertrophie papillaire ressemblant à la mélanose, recueillie sur un malade observé par nous en 1850; B, mêmes tumeurs grossies. (De notre collection.)

son peu de réductibilité, et par l'augmentation de volume des papilles qui forme malgré tout le caractère essentiel; tantôt, au contraire, la tumeur n'est pas érectile; sans sa coloration et le nombre de ses vaisseaux, elle rappellerait certaines productions fibro-plastiques ou épithéliales. C'est à peu près le cas de notre jeune homme.

J'arrive maintenant aux différences locales. Sur les muqueuses, les papilles hypertrophiées s'excorient et saignent avec la

plus grande facilité; cette tendance aux hémorragies constitue leur caractère principal. Sur la peau de toutes les régions, et en particulier de la plante du pied, elles tendent au contraire à s'enflammer et à s'ulcérer. Leur aspect se modifie encore au moment des diverses périodes de l'ulcération. Au début, on voit apparaître vers leur sommet de petites taches d'un brun foncé, qui noircissent rapidement et rappellent un peu l'aspect de la mélanose. Cependant, ces taches sont plus petites, moins saillantes que dans cette dernière maladie (voy. fig. 10).

Peu à peu elles s'étendent, se joignent, et constituent par leur réunion une surface élevée assez bien limitée et toujours recouverte par son épiderme. Un peu plus tard, celui-ci s'excorie, et laisse sourdre un peu de sérosité sanguinolente, qui rend humides les petites tumeurs isolées.

D'autres fois, la surface de la papille s'enflamme avant que l'épiderme ait subi la moindre altération. Il s'établit une sorte de suppuration sous-épidermique. A mesure que le pus devient plus abondant, il distend les couches qui le recouvrent, les éraille, et sort par les passages qu'il s'est ainsi frayés.

Enfin, l'inflammation peut débiter par la couche profonde du derme, s'étendre de là vers les couches superficielles et envahir ainsi la plus grande partie de la tumeur. On voit dans ces cas survenir, au bout de plusieurs mois ou même de plusieurs années, une ulcération profonde, assez semblable à celles que produisent certaines bourses séreuses enflammées.

C'est surtout dans la *forme simple* de l'hypertrophie que l'on voit l'ulcération se montrer sous ces différents aspects, la forme érectile y est moins sujette.

Je crois vous avoir signalé, Messieurs, les traits les plus caractéristiques des hypertrophies papillaires du pied, soit à leur période de formation, soit à leur période d'ulcération.

Lorsque vous les rencontrerez, vous devrez établir leur diagnostic différentiel :

- 1° AVEC LES VERRUES;
- 2° LES TUMEURS ÉRECTILES PROPREMENT DITES;