

3° LES LIPOMES ÉRECTILES ;

4° L'ÉPITHÉLIOMA SOUS SES DIFFÉRENTES FORMES.

Après l'ulcération seulement, vous auriez à compter, outre les tumeurs précédentes, qui toutes peuvent s'enflammer et s'ulcérer,

5° AVEC LES BOURSES MUQUEUSES SUPPURÉES ET LE MAL PERFORANT.

*a.* Les verrues sont des productions de la peau dont la nature se rapproche un peu de celle de la maladie que nous étudions. Leurs caractères varient comme leur siège.

Au voisinage de la vulve et de l'anus, ces productions ont un aspect tout à fait différent de celui qu'elles présentent à la paume de la main et à la plante du pied. Leur consistance est plus molle, leur couleur un peu plus rouge; elles sont lisses et luisantes à la surface. Malgré cela, ce sont des productions épidermiques. Le microscope démontre que l'hypertrophie des papilles sous-jacentes est insignifiante, tandis qu'il existe une véritable prolifération des éléments du corps muqueux. Les caractères cliniques des verrues sont en rapport avec leur structure; ce sont ceux des productions cornées et superficielles.

Elles sont ordinairement très-petites, parfaitement isolées les unes des autres, même quand elles sont nombreuses et très-rapprochées: elles n'ont aucune tendance à gagner en largeur, et il est extrêmement rare qu'elles prennent une forme érectile.

*b.* Les tumeurs érectiles simples ne sont pas toujours faciles à distinguer des hypertrophies papillaires à forme vasculaire. Je vous ai fait observer, Messieurs, que cette dernière tient le milieu entre l'hypertrophie papillaire simple, et l'angiome véritable. De sorte qu'il est souvent permis d'hésiter lorsque l'on se trouve en présence d'une tumeur vasculaire pour la ranger dans l'une ou l'autre catégorie. Pourtant, la véritable tumeur érectile, quelle que soit la région qu'elle occupe, diffère

de l'hypertrophie des papilles par son siège, par son aspect et par sa marche. Poland, qui a étudié avec le plus grand soin les tumeurs érectiles du pied (1) et passé en revue, non-seulement les cas qu'il a observés lui-même, mais encore ceux qu'avaient rapportés avant lui Dupuytren (2), Paul (3), etc., nous les montre avec leurs véritables caractères.

Elles se développent dans tous les sens, aussi bien vers les parties profondes que vers les téguments, compriment les nerfs et les vaisseaux, refoulent les muscles, déforment les os ou même les détruisent en partie.

Les gros troncs veineux qui s'y rendent sont dilatés et variqueux. Elles sont réductibles par la pression, soulevées par des battements constants, sujettes à de fréquents changements de volume.

Comme vous le voyez, Messieurs, l'ensemble de ces caractères permet de reconnaître aisément la tumeur érectile du pied.

On a cité des cas, il est vrai, dans lesquels les phénomènes érectiles étaient bien moins nets. Mais beaucoup d'observations de ce genre ont trait probablement à des hypertrophies papillaires à forme vasculaire. Tel est le cas cité par M. Bourdillat (4). Il s'agissait d'une tumeur du pied légèrement lobulée et qui n'était, ni réductible, ni fluctuante.

Les deux caractères microscopiques essentiels des hypertrophies papillaires se trouvaient ici réunis. *Il y avait prolifération du tissu conjonctif des papilles du derme et multiplication des vaisseaux.*

Sauf dans ces cas discutables, je crois, Messieurs, que l'on peut toujours distinguer aisément l'hypertrophie papillaire à forme sanguine, fût-elle même érectile, de l'angiome véritable.

*c.* Certains petits lipomes érectiles du pied se rapprochent

(1) In *Guy's hospital Reports*, 1868.

(2) In *Leçons orales de clinique chirurgicale*.

(3) *Die conservativ Chirurgie der Glieder*. Breslau, 1854, p. 403.

(4) In *Gazette des hôpitaux*, 1868.

assez des hypertrophies papillaires. Comme elles, ils sont superficiels, et s'étalent au début en lames sous-cutanées et peu limitées. Des veines d'un certain volume s'y rendent, et par leurs anastomoses multiples, constituent une sorte de cercle sur lequel repose la tumeur.

Mais toutes ces analogies sont plus apparentes que réelles, et la principale réside dans le caractère érectile des deux tumeurs.

Les lipomes ne modifient jamais notablement l'état de la peau. Ils forment de petites masses isolées dont la consistance molle et souvent presque *fluctuante* diffère sous tous les rapports de celle des papilles hypertrophiées. Si le doute est possible lorsque les lipomes sont très-petits, lorsque leurs caractères propres sont latents, le diagnostic devient de plus en plus facile à mesure que la tumeur se développe.

Dans le cas actuel, il suffit d'un examen même rapide pour ne pas songer à un lipome.

d. Des diverses variétés de *cancroïde du pied*, l'*épithélioma papilliforme* est celui qui présente avec l'hypertrophie papillaire la plus grande ressemblance.

En effet, dans cette tumeur, les papilles sont réellement hypertrophiées. Quelquefois, cette hypertrophie se développe vers l'extérieur. Elles se montrent comme une sorte de champignon exulcéré, très-vasculaire et saignant avec la plus grande facilité.

Lorsque les vaisseaux sont extrêmement abondants, la tumeur prend le caractère érectile et devient le siège de battements. C'est ainsi que Lücke a décrit un *cancroïde papillaire compliqué d'une tumeur caverneuse* (1).

Mais ces gros tubercules fongueux étroitement adhérents aux tissus sous-jacents, ne ressemblent que de loin aux papilles hypertrophiées. D'ailleurs, si l'on avait quelque doute, ou mieux si l'on supposait, comme chez le jeune homme qui a fait le sujet de notre observation que l'hypertrophie papillaire est

(1) Voy. *Canstatt's Jahresbericht*, I, 247, 1865.

dégénérée, le microscope donnerait le dernier mot de la question. Il montrerait dans le cancroïde une véritable infiltration épithéliale des papilles. Cette infiltration s'étend au loin et tend à envahir les couches profondes du derme et même le tissu sous-dermique. Au début de l'épithélioma, longtemps avant qu'apparaisse l'ulcération, l'examen histologique permet seul de formuler un diagnostic exact, l'ensemble des caractères physiques ne peut fournir que des présomptions souvent trompées dans la suite.

Si l'épithélioma, au lieu de se développer primitivement vers la peau, tend à gagner les parties profondes et à envoyer des prolongements jusque dans le périoste, le diagnostic se fait d'après les mêmes principes et donne lieu aux mêmes considérations. La dureté de la tumeur, son adhérence étroite aux tissus du voisinage, sa fixité sont des caractères insuffisants pour permettre d'affirmer que c'est un cancroïde.

Pour achever cette partie de notre sujet, je vous entretiendrai un instant de deux affections ulcéreuses : le *mal perforant* et les *bourses muqueuses enflammées*. On a voulu faire rentrer leur étude dans celle des hypertrophies papillaires. Ces affections, disait-on, sont toujours accompagnées d'une augmentation de volume des papilles du voisinage, d'une véritable hypertrophie. Le fait est exact, mais cette hypertrophie papillaire consécutive n'appartient point seulement au mal perforant ou aux bourses muqueuses enflammées. Près des trajets fistuleux dus à la nécrose ou à la carie des os du pied, on trouve des callosités qui forment autour de la solution de continuité un rebord saillant. La pathogénie est la même dans tous ces cas. Au contact prolongé du pus et des liquides irritants qui s'écoulent par les plaies et les fistules, les papilles s'hypertrophient, leur épiderme prolifère, et ainsi se trouve formé le bourrelet en question.

Ce n'est point là, Messieurs, l'hypertrophie papillaire primitive, ce n'est qu'un phénomène secondaire. Malgré l'identité histologique des productions, nous croyons que c'est tomber dans une confusion regrettable que de les réunir dans un même

chapitre. A côté des caractères anatomiques des tumeurs se trouvent les caractères cliniques dont il faut absolument tenir compte dans la classification.

En rapportant tout à l'examen anatomique, on arriverait à décrire en même temps, comme l'a fait Kohn (1), la dermatite papillomateuse du cuir chevelu, le lupus et le sycosis.

L'hypertrophie papillaire du pied est donc une affection spéciale, primitive, qui réclame un traitement approprié.

Au début, on retire un véritable bénéfice de l'usage rationnel des alcalins donnés à l'intérieur et en bains généraux ou locaux répétés. Un peu plus tard, lorsque la tumeur est volumineuse, et gênante, l'ablation est indiquée. Lorsqu'elle est convenablement pratiquée, elle n'est point dangereuse et guérit complètement la maladie, qui ne récidive point sur place tant que l'hypertrophie est simple.

(1) In *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, p. 385, 1869.

## QUATRIÈME LEÇON

### CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA STAPHYLORRHAPHIE

MESSIEURS,

Nous allons opérer devant vous une jeune femme atteinte de division congénitale du voile du palais et un jeune homme affecté de division accidentelle de la voûte, mais avant de vous donner la description de la manière dont je pratique habituellement la staphylorrhaphie, j'ai l'intention de vous rappeler le cas d'un des malades de ma clientèle dont je vous ai déjà parlé l'année dernière dans cet amphithéâtre.

#### OBSERVATION IV.

Au mois de juillet 1874, j'opérai, assisté de M. le docteur Royer et de M. Deny, mon interne, le fils d'un marchand de nouveautés de la rue d'Allemagne. Il était alors âgé de sept ans et portait depuis sa naissance une division complète du voile du palais. L'opération fut pratiquée d'après les principes que je vais vous tracer tout à l'heure. Les jours suivants on le nourrit avec des aliments substantiels mais liquides, et on le surveilla avec soin pour qu'il n'exerçât aucune espèce de traction sur les fils de la suture qui furent retirés le dixième et le onzième jour. La réunion s'était faite par première intention. Elle a été durable. L'habile confrère qui s'est chargé des soins consécutifs nous a donné plusieurs fois des nouvelles du jeune opéré, et nous a affirmé que le nasonnement a disparu et que ce malade prononce aujourd'hui les gutturales presque aussi bien que les autres lettres.