

ARTICLE V.

DE L'EXOSTOSE DE LA FACE SUPÉRIEURE DE LA DERNIÈRE PHALANGE DU GROS ORTEIL. — CAS RARES D'EXOSTOSES.

Il arrive quelquefois qu'il se forme sur la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil, une tuméfaction qui en a imposé à des praticiens pour une maladie de l'ongle. Il n'y a pas encore long-temps qu'un médecin distingué de la capitale, qui avait servi autrefois en qualité de chirurgien dans les armées françaises, vint me consulter, dit M. Dupuytren, pour son enfant qu'il croyait avoir un ongle rentré dans les chairs.

J'examinai le petit malade avec soin; je reconnus bientôt que le prétendu ongle incarné n'était qu'une exostose de la face supérieure de la phalange, et que la matrice de l'ongle n'était pas altérée. Vous vous rappelez la jeune femme qui vint à la visite, il y a environ trois mois, avec une tumeur sur la face supérieure du gros orteil. Au premier coup d'œil, on eût pu croire qu'il y avait altération de l'ongle; une incision de chaque côté mit à nu le mal; je l'enlevai ensuite; et cette femme fut, au bout de quelque temps, entièrement guérie de son exostose et de sa maladie apparente de l'ongle. Les trois observations suivantes vous donneront des notions plus étendues sur cette affection.

OBS. I. — *Exostose située à l'extrémité du gros orteil.* — Émery Louise, ouvrière en linge, âgée de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, bien réglée, issue de parents sains et assurant n'avoir jamais eu d'affection vénérienne, vint consulter M. Dupuytren le 28 décembre 1821.

Depuis environ deux ans, cette fille porte, à l'extrémité de la dernière phalange du gros orteil et près de son bord externe, un tubercule osseux très dur, indolent, à moins

d'une forte pression; sa base large a déjeté en dehors l'ongle, qu'elle a en même temps usé, corrodé.

Cette fille n'assigne aucune cause à son mal; il a commencé, il y a plus de deux ans, par quelques douleurs au bout de l'orteil, douleurs qui n'augmentaient pas la nuit, mais qui étaient exaspérées par la marche et la pression. Cette tumeur est peu à peu arrivée au volume qu'elle a maintenant. D'après le conseil de M. Dupuytren, elle s'est décidée à en faire pratiquer l'extirpation.

OBS. II. — *Exostose de la dernière phalange du gros orteil.* — Loury Catherine, âgée de vingt ans, couturière, demeurant rue des Arcis, n. 12, portait depuis dix-huit mois à la partie externe et inférieure du gros orteil du pied gauche une tumeur dure, osseuse, dont les progrès ont été fort lents, si l'on considère l'époque de son premier développement et son volume qui égalait tout au plus le volume d'une petite noix: la maladie ne pouvait se rapporter à aucune cause connue. Cette tumeur paraissait naître au-devant de la première phalange du pouce, où elle soulevait un peu l'ongle. Du reste, elle n'était point douloureuse par elle-même, mais elle nuisait à la marche.

Le 8 janvier 1822, cette jeune fille se présenta à la consultation, et M. Dupuytren lui ayant proposé l'enlèvement de la tumeur, elle y consentit; on y procéda de la manière suivante: La malade couchée sur un lit, son pied fixé par un aide, M. Dupuytren cerna la tumeur par deux incisions demi-ovoïdes, et l'enleva en grande partie du premier coup; quelques portions furent ensuite extirpées à leur tour, et l'on put se convaincre de ce que cet habile chirurgien avait annoncé dans sa leçon, c'est-à-dire que la tumeur était de nature osseuse, et que deux substances entraient dans sa composition, à l'extérieur de la substance compacte, et de la substance spongieuse à l'intérieur. La plaie fut pansée simplement, et la malade retourna chez elle.

Le 12 janvier, Loury s'est présentée de nouveau à nous; la plaie, dont l'étendue est diminuée, ne fournit plus qu'une petite quantité de pus; la guérison est complète au bout de quelques jours.

cette maladie la cautérisation, qui, dans cette circonstance, produit toujours des effets fâcheux. Dans d'autres cas, on croit à une maladie de l'ongle, ainsi que cela est arrivé dernièrement; et plusieurs fois on a fait l'extirpation de cet organe. Le mal augmentant de plus en plus, l'ongle se déforme davantage, se recourbe d'avant en arrière en forme de trompette, et on voit quelquefois son extrémité antérieure se replier de manière à aller rejoindre sa racine.

Si l'on dissèque cette tumeur lorsqu'elle est parvenue à ce degré, on trouve qu'elle est formée par la peau, par du tissu fibreux, et par une tumeur osseuse, pyramidale, née de la face supérieure de la dernière phalange. Cette exostose est constituée par du tissu spongieux, recouverte par une lame plus ou moins épaisse du tissu compacte. Ordinairement cette exostose n'est point très dure, et peut être facilement traversée, coupée, enlevée par un fort bistouri. Quelquefois cependant elle est très dure, et dans certaines circonstances, il faut avoir recours, pour pouvoir l'enlever, à des instruments plus solides tels que la gouge et le maillet.

Laisse-t-on la maladie s'accroître continuellement, des ulcérations d'une nature plus ou moins mauvaise peuvent se déclarer, et contribuer encore à rendre la marche plus difficile et plus douloureuse. J'ai vu une fois, continue M. Dupuytren, un chirurgien enlever la dernière phalange du gros orteil pour une tumeur de cette nature, qui avait déterminé une affection ulcéreuse.

Le seul moyen de débarrasser les malades des incommodités auxquelles donne lieu cette exostose, consiste dans son extirpation complète. L'enlèvement de l'ongle est quelquefois nécessaire; dans le plus grand nombre de cas, il est inutile. A l'aide d'un bistouri, on fait de chaque côté de l'ongle une incision demi-circulaire. Ces incisions mettent à découvert et cernent la tumeur osseuse; alors, avec le bistouri, ou avec la gouge et le maillet, on enlève l'exostose. Il ne faut pas se borner à retrancher le sommet, car alors le mal se reproduirait. J'ai eu l'occasion, dit M. Dupuytren, d'extirper au moins une trentaine de ces sortes de tumeurs, et j'ai tou-

jours obtenu par ce moyen la guérison complète des malades.

Quoiqu'il soit dans nos habitudes de ne traiter qu'un sujet dans chaque article, lorsqu'un fait intéressant a quelque point de contact avec celui qui nous occupe, nous croyons faire chose utile en le réunissant au sujet principal. Le livre et les lecteurs nous paraissent devoir y gagner également.

Obs. VI. — *Exostoses volumineuses développées sur la plupart des os. — Ascite. — Mort. — Autopsie.* — Clara Richard, âgée de vingt-cinq ans, née à Rouen, bonne d'enfants, scrofuleuse et d'une constitution faible, de petite taille n'ayant été réglée qu'une seule fois, il y a deux ans, entra, le 4 mars 1831, salle Saint-Jean, n° 8. Voici les renseignements qu'elle donna sur sa maladie.

Jusqu'à onze ans sa santé avait été bonne, lorsqu'à cet âge et sans cause connue il lui survint du mal au nez, des croûtes dans les narines, sans aucune douleur. Quelques injections et des onctions avec l'onguent gris furent employées sans pouvoir empêcher la chute des os et l'écrasement du nez au bout de six mois. Quatre ans s'écoulèrent ensuite sans nouveaux accidents. A cette époque, un nouveau mal parut au nez; on arracha une partie du cornet inférieur, que l'on prit pour un polype; la luette fut rongée par un ulcère qui ne donna lieu à aucune douleur.

A seize ans, la malade se plaint de douleurs à l'épaule gauche; on prescrit sept frictions mercurielles, qui rendent les douleurs plus intenses; on les suspend, et Richard prend vingt-six bains. A dix-sept ans, il se manifesta une exostose à la jambe. Pendant sept ans, la santé est assez bonne. (Il est probable que les exostoses dont la malade était couverte à son entrée ont fait des progrès qu'elle n'a pas indiqués.)

Depuis un an, le ventre est gonflé, il y a du dévoisement, des maux de cœur. La tuméfaction a commencé par l'avant-bras droit, puis elle s'est étendue au gauche. A son entrée, Richard se plaint d'étouffements, d'une toux légère; il y a une expectoration sanguinolente. Les douleurs ne s'exaspèrent point pendant la nuit. Elle a beaucoup maigri; des exostoses couvrent les os des membres; les mouvements de

supination et de pronation des avant-bras sont complètement impossibles par suite du gonflement des os. La tête, lourde et pesante, tombe sur la poitrine ou les épaules; la malade la soutient sur un oreiller. Le ventre est météorisé.

Trois jours après son entrée, M. Dupuytren prescrit les pilules mercurielles, le traitement antisyphilitique interne. Ces médicaments ne peuvent être supportés; ils déterminent des vomissements et du dévoiement; on les remplace pendant quinze jours par des frictions mercurielles, qui ne procurent aucune amélioration et sont suspendues. Les jambes s'œdématisent; il survient une ascite; deux ponctions sont faites dans l'espace d'un mois; la faiblesse et l'hydro-pisie font des progrès; la malade succombe à l'épuisement.

Autopsie. — On trouve une cirrhose du foie, deux litres environ de sérosité dans l'abdomen, et un épanchement dans les plèvres; la membrane muqueuse de l'estomac est pâle, ramollie; l'intestin grêle présente quelques follicules blanchâtres, mais point d'ulcération.

Le squelette, préparé avec le plus grand soin par M. Loir, offre les particularités suivantes :

Les phalanges des orteils, les os du tarse et du métatarse sont sans traces d'exostose; ils paraissent entièrement sains; les deux tibias sont tuméfiés de haut en bas et des deux côtés jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne; en haut dans le quart supérieur, ils ont un volume normal; les condyles ne sont pas tuméfiés. Les rotules, saines en avant, sont inégales, tuméfiées, exostosées à leur face postérieure; le fémur gauche présente vers sa partie inférieure un peu de matière calcaire, mais pas d'exostose; les deux tiers inférieurs du fémur droit ont au moins triplé de volume; le bassin, la colonne vertébrale, les côtes, le sternum, sont sans déformation. Il en est de même des doigts, des os du carpe et du métacarpe.

A l'avant-bras gauche, les deux os sont exostosés et réunis entre eux, ce qui explique l'impossibilité des mouvements pendant la vie; le radius est affecté dans sa totalité; le cubitus est sain à son extrémité articulaire supérieure; à l'avant-

bras droit l'exostose est moins étendue et bornée au radius; cet os est plus affecté en bas qu'en haut; la tuméfaction s'arrête à son col; l'humérus gauche est un peu exostosé à son extrémité inférieure, le droit est sain; la clavicule droite au contraire est malade, tandis que la gauche n'a subi aucune altération; les mâchoires sont saines.

Les os du crâne offrent la lésion la plus remarquable. A considérer l'âge de cette fille, son peu de développement, les os devraient être minces et transparents dans plusieurs points, et avoir une épaisseur d'environ une ligne; le crâne, au contraire, présente les dispositions suivantes: en avant, le coronal a huit lignes d'épaisseur; sur les côtés, les régions temporo-pariétales ont un demi-pouce. L'occipital n'est pas moins prodigieusement épaissi, les fosses occipitales seules sont un peu transparentes. En dehors et sur toutes les surfaces, les os épaissis sont rugueux, érodés, et se seraient ulcérés si la malade eût vécu davantage; les sutures sont sur le point d'être ossifiées; la voûte orbitaire offre également une épaisseur considérable.

Nous publions ce fait remarquable sans commentaire. Il nous paraît inutile de rechercher si la maladie était primitivement vénérienne ou scrofuleuse; une pareille question est oiseuse et même insoluble. Tout traitement a échoué et devait échouer; une affection aussi générale, quelle qu'elle soit, est ordinairement incurable. Mais ce squelette réellement curieux mérite d'être placé à côté de ceux que possèdent les muséums, et dont le nombre est très limité. Les observations suivantes ne nous paraissent pas moins dignes d'attention, quoique sous des rapports différents.

OBS. VII. — *Exostoses régulièrement arrondies et développées sur chaque côté du nez.* — Lefèvre (Hortense), âgée de trente-deux ans, d'une faible constitution, lingère, demeurant rue Phelipeaux, 34, née de parents sains et bien portants, a toujours joui d'une assez bonne santé; irrégulièrement réglée depuis l'âge de seize ans, elle n'a jamais eu de fréquentation avec les hommes.

Rien ne peut donc faire présumer chez elle un virus syphi-

litique acquis auquel on puisse attribuer son mal. C'est seulement à l'âge de dix-huit ans que cette fille s'est aperçue de la formation de deux petites saillies osseuses placées sur les côtés du nez. En moins de deux ans ces deux tumeurs ont pris presque tout le volume qu'elles ont actuellement, celui de petites noix.

Formées aux dépens de l'apophyse montante des os maxillaires supérieurs et des os nasaux, très dures au toucher, recouvertes d'une peau lisse et distendue, elles occupent les côtés du nez depuis presque sa racine jusqu'à la base de ses ailes. La partie médiane des os nasaux restée saine les sépare exactement. Elles dépassent de plusieurs lignes le niveau du dos du nez. Le lobule de celui-ci n'est point déformé. Très circonscrites, assez exactement arrondies, elles ressemblent à ces boules que l'on façonne sur certains masques pour les rendre bizarres. La droite est un peu plus volumineuse que la gauche. Elles font saillie dans l'intérieur des fosses nasales qu'elles ont entièrement obturées; aussi la respiration est-elle impossible par le nez, et l'odorat complètement détruit.

Cette malade est obligée de nasiller d'une manière désagréable. Il est à remarquer que le canal nasal n'est point déformé et qu'il n'y a point épiphora.

Un an après la naissance de ces exostoses, deux autres se sont formées au-devant des angles de la mâchoire, sur la partie la plus reculée du corps de l'os maxillaire inférieur, et ont acquis le volume du pouce. Elles paraissent peu circonscrites à la vue, mais on sent au toucher très distinctement leur forme oblongue. La peau, en ce point, mobile et facile à se laisser distendre, n'a pu, comme celle qui recouvre le nez, s'appliquer exactement sur elles et leur donner au dehors une forme bien dessinée. On voit seulement une largeur très grande de la base de la mâchoire.

Cette malade, d'une courte taille, a les membres thoraciques très petits; ils n'ont guère que le développement de ceux d'un enfant de dix à douze ans. Du reste elle jouit d'une

assez bonne santé, et les difformités de sa figure sont à peu près restées au même point depuis dix ans (1).

L'âge, l'état stationnaire des tumeurs osseuses et la constitution formée de cette fille qui ne font plus craindre les progrès du rachitisme, la non-existence du virus syphilitique, les inconvénients qu'il y aurait à pratiquer une opération chirurgicale, sont autant de causes qui mettent ces difformités au-dessus des ressources de l'art.

OBS. VIII. — *Exostose très volumineuse née de la face externe de la sixième côte gauche, à laquelle elle adhère par un pédicule.* — Bonnefoy (Jean-Louis), âgé de dix-huit ans, cordonnier, vient, le 20 novembre 1818, à la consultation gratuite de M. Dupuytren dans l'état suivant :

Des deux tiers externes de la moitié antérieure de la sixième côte gauche s'élève une crête épaisse de six lignes de haut en bas, qui, arrivée à un demi-pouce de son origine, s'élargit tout-à-coup pour former une tumeur étendue d'un côté à l'autre, depuis le bord antérieur du muscle deltoïde jusqu'à trois travers de doigt du sternum, et de bas en haut depuis le mamelon abaissé jusque vis-à-vis la troisième côte.

Cette tumeur, de consistance osseuse, parfaitement indolente, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau, a la forme d'une moitié d'ovoïde coupée selon son grand diamètre. On peut en conséquence lui considérer deux faces, l'une convexe, l'autre plane, une circonférence et deux diamètres.

La face plane, située en avant et un peu en bas, est couverte de bosselures et d'enfoncements.

La face convexe ne présente de remarquable que sa continuité avec la crête née de la sixième côte. Cette continuité n'a pas lieu dans la partie moyenne de cette face, mais bien selon une ligne qui sépare ses trois quarts supérieurs de son quart inférieur.

La circonférence, bosselée comme la face plane, est éloignée de la surface de la poitrine de trois pouces en haut et en

(1) Observation recueillie par M. Mancel.

dehors; mais elle s'en rapproche peu à peu dans le reste de son étendue, et n'en est éloignée que d'un pouce et demi en bas et en dedans. De cette disposition résulte, autour de cette tumeur, entre elle et la poitrine, un sillon ovalaire très profond et très large en haut et en dehors, diminuant dans ces deux dimensions à mesure qu'on le considère plus en bas et en dedans, au fond duquel on sent la crête osseuse qui forme le pédicule de la tumeur.

Des deux diamètres, le transverse a près de six pouces d'étendue; le vertical en a quatre.

Circonstances commémoratives. — A l'âge de cinq ans et demi, Bonnefoy assure avoir senti pour la première fois derrière le mamelon gauche une petite tumeur dure, indolente, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau, et du volume d'une aveline. Depuis cette époque, cette tumeur s'est accrue constamment, lentement d'abord, plus rapidement ensuite, surtout pendant les cinq dernières années, pendant lesquelles la croissance du malade a été très rapide.

Cette tumeur, lorsqu'elle est couverte par les habits, ne cause qu'une difformité médiocre; elle n'apporte d'ailleurs aucune gêne dans les travaux du malade.

M. Dupuytren lui dit qu'il n'y a pas de moyen de l'en débarrasser; qu'une opération, sans être nécessairement très grave, l'exposerait à une inflammation de poitrine; et que, puisqu'il n'en éprouve aucune gêne, il est peut-être plus sage de la garder.

Le malade, après y avoir réfléchi pendant plusieurs jours, se décide pour ce dernier parti (1).

OBS. IX. — Exostoses sur la presque totalité des os. — Daube (Alexis), âgé de dix-huit ans, jardinier, demeurant rue de l'Oursine, n° 95, brun, ayant la peau colorée par l'ardeur du soleil, d'une taille ordinaire, jouissant d'une bonne santé, quoique peu fortement constitué; ayant un père, une mère et plusieurs frères tous bien portants et sans aucune difformité, est venu au monde bien conformé. Pendant

(1) Observation recueillie par M. Rousseau.

qu'il était en nourrice, quelques vertèbres et les os des membres abdominaux ont commencé à devenir le siège d'exostoses. Il a néanmoins toujours joui d'une bonne santé, et s'est livré dès son bas âge aux travaux du jardinage.

On a très peu fait attention à l'ordre dans lequel se sont développées les énormes exostoses qu'il présente aujourd'hui. La plupart existant dès son bas âge, elles ont paru à ses parents s'accroître seulement dans les mêmes proportions que les autres parties du corps.

Voici l'état actuel de ce jeune homme.

Tête. — Les os du crâne et de la face n'offrent pas la moindre altération; leur état de développement est très naturel.

Tronc. — Le rachis offre une difformité remarquable qui consiste dans une augmentation de volume très sensible des apophyses épineuses et des lames des trois ou quatre dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. Ces apophyses forment des nouures disposées de manière à représenter une sorte de chapelet.

Bassin. — Le seul os coxal gauche présente en arrière de son épine antérieure et supérieure une petite exostose très circonscrite, de la forme et de la grosseur d'une noisette.

Membres thoraciques. — La clavicule droite offre à son extrémité sternale une très petite exostose styloïde. L'humérus gauche paraît augmenté de volume à sa partie supérieure seulement, où il soulève et rend très résistant le deltoïde.

L'humérus droit offre, au niveau du bord antérieur du creux de l'aisselle, une tumeur osseuse du volume et de la forme d'un gros fruit de grenadier. Elle est très circonscrite. En promenant les doigts dessus, on sent que sa surface est inégale, raboteuse. Elle a déjeté en arrière le muscle deltoïde, vers le bord antérieur duquel elle a pris naissance.

Les coudes ne présentent autre chose de remarquable que les tubérosités de l'humérus, qui sont plus saillantes que d'ordinaire. Les deux radius sont sains; mais les deux cubitus offrent immédiatement en arrière et en dedans de leur

apophyse styloïde une ou deux exostoses très circonscrites, du volume et de la forme de petites noisettes. Les os des mains ne présentent aucune difformité.

Le quart inférieur du corps des fémurs, leurs condyles et la moitié supérieure des tibias, sont remarquables par d'énormes exostoses plus ou moins circonscrites et saillantes sous la peau. On pourrait comparer leur forme à celle de certaines pommes de terre inégales, noueuses, bosselées. L'extrémité supérieure de chaque péroné est volumineuse et déformée.

On observe surtout à la partie inférieure des tibias et des péronés une augmentation de volume. Ces os en cet endroit ne présentent point d'exostoses. Leur tissu y est uniformément tuméfié, de manière à rendre les jambes aussi grosses en bas qu'en haut.

Les os des pieds n'offrent aucune difformité.

M. Dupuytren, qui a observé un assez bon nombre de maladies de ce genre, pense que ces sortes d'altérations, de déformations des os, ne reconnaissent point pour cause le virus syphilitique. Ce sont, dit-il, des résultats d'aberrations de la nutrition, des résultats d'aberrations dans la distribution du suc osseux. Il compare ces tumeurs osseuses anormales aux bosses noueuses que l'on voit survenir sur certains arbres par défaut de régularité dans la nutrition (1).

(1) Observation recueillie par M. Manceau.

ARTICLE VI.

DU PIED-BOT.

Parmi les vices de conformation que présente l'organisation de l'homme, la déviation congéniale des pieds est un des plus fréquents. Cette lésion avait déjà fixé l'attention des anciens chirurgiens, et l'on trouve dans leurs ouvrages des descriptions de machines destinées à les corriger. Mais ce n'est réellement que dans ces derniers temps que l'on a publié des traités étendus sur ce sujet. Ce qui manquait surtout à l'histoire de ces infirmités, c'est l'examen anatomique de ces parties affectées; on ne pouvait hasarder que des conjectures, parce qu'on n'avait point cherché à connaître la nature de la maladie.

La plus commune des torsions congéniales des pieds est celle que les anciens ont désignée sous le nom de *varus*. La pointe est tournée en dedans et le pied renversé, au point que le malade marche sur son bord externe, et quelquefois même sur une partie du dos. La seconde variété est celle dans laquelle le pied est tourné en dehors; les anciens l'ont appelée *valgus*; elle est beaucoup plus rare. Il y a encore une autre variété dans laquelle la pointe du pied est tournée en arrière, et le pied entier tellement renversé que le malade marche totalement sur sa face dorsale.

Il suffit de dire que la cause essentielle de cette disposition irrégulière est la luxation de quelques uns des os du tarse, et que les ligaments et les muscles n'ont pris que consécutivement l'arrangement contre nature qu'ils présentent. Les causes qui peuvent déterminer ou favoriser le développement de pareilles déviations des pieds dans le sein de la mère, sont peu connues et peu faciles à apprécier. On a cru les trouver dans la forme irrégulière des os du tarse, dans le défaut d'équilibre entre les muscles qui mettent le pied en