

sept (7) cas les pieds ainsi réséqués fonctionnaient convenablement; il a surtout recours à cette opération lorsqu'il existe au dos du pied un bourrelet œdémateux subinflammatoire.

D'après les statistiques de BURRALL, POLAILLON, VINCENT, l'extirpation du calcaneum donnerait les résultats suivants. Sur quatre-vingt-cinq (85) faits on trouve cinquante-cinq (55) guérisons avec membre utile (64,7 p. 100); cinq (5) guérisons avec un membre peu utile (5,9 p. 100); dix (10) amputations (11,08 p. 100); trois (3) morts (5,19 p. 100). Dans dix (10) cas les résultats ne sont pas indiqués. La même statistique montre que la mortalité des opérations sous-périostées est de 13 p. 100 (3 sur 23).

Pour la résection des os de la rangée antérieure du tarse, CONNER, sur cent six (106) faits, trouve une mortalité de 10,18 p. 100. Dans quarante-cinq (45) faits (41,7 p. 100) le membre était très utile, dans vingt-trois (23) cas (21,3 p. 100) il était utile, assez utile six (6) fois (5,5 p. 100); inutile dans dix (10) opérations (9,3 p. 100). Dans treize cas les résultats sont inconnus.

Aujourd'hui ces statistiques ne sauraient avoir une valeur absolue parce qu'un grand nombre de ces opérations ont été pratiquées avant l'ère antiseptique et la connaissance plus exacte des tuberculoses locales. De même il est encore assez difficile de se prononcer sur certaines opérations ostéoplastiques du pied, comme l'opération préconisée par SKLIFOSSOWSKI, MIKULICZ qui consiste à souder l'avant-pied à l'articulation tibio-tarsienne après la résection du tarse postérieur. Le malade marche sur les orteils qui se placent dans une extension permanente. MIKULICZ, SOCIN, LAUENSTEIN ont publié quelques succès obtenus par ce procédé que son auteur réserve pour les cas de carie du tarse dans lesquels la partie postérieure du calcaneum malade ne permet pas de pratiquer une amputation de Pirogoff.

**Amputations.** — Les ostéo-arthrites du pied, suivant le siège qu'elles occupent, peuvent nécessiter des amputations du pied ou de la jambe; de nombreux perfectionnements ont été apportés aux procédés anciens qui consistaient à pratiquer la désarticulation de Lisfranc (interligne tarso-métatarsien), de Chopart (interligne tarso-tarsien). L'amputation sous-astragalienne, la désarticulation de Pirogoff ont trouvé de nombreux partisans. Les opérations de Syme, Roux, Guyon sont également très employées. Évidemment le choix du procédé est imposé au chirurgien par les circonstances, le siège du mal, l'état des parties molles. De plus les statistiques pourront servir de base pour juger la gravité relative de chacune d'elles; malheureusement nous manquons encore d'éléments d'appréciation suffisamment précis et surtout récents; ainsi les auteurs arrivent pour certaines opérations à des résultats contradictoires, Tandis que pour l'amputation de Chopart, HANCOCK relève seulement onze (11) morts sur cent cinquante-deux (152) opérés (7,2 p. 100) dont cent vingt (120) conservant un membre utile, LARGER trouve sur trente-huit (38) faits une mortalité de 36,8 p. 100. Même désaccord pour l'amputation sous-astragalienne: HANCOCK compte vingt (20) guérisons sur vingt-deux (22) opérés; LARGER cinq (5) morts sur vingt et un (21) cas. La désarticulation du cou-de-pied par la méthode de Syme donne une mortalité qui est de 9,7 p. 100 (CHAUVEL, SPENCE, HANCOCK). Celle de l'opération de PIROGOFF, d'après HANCOCK, GROSS (de

Nancy), PASQUIER atteindrait 8,6 à 10,3 p. 100. Ces résultats satisfaisants nous paraissent bien préférables *quo ad vitam* à l'amputation de la jambe, dont la mortalité s'élève à 33,1 p. 100.

## 5° TARSALGIE DES ADOLESCENTS

**Bibliographie.** — GOSSELIN, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1865, t. XXXI, p. 144, et *Cliniques de la Charité*, t. I<sup>er</sup>, p. 200. — BONNET, *Thérap. des mal. articulaires*, Paris, 1853. — DUCHENNE (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 3<sup>e</sup> édit., Paris, 1872, et *Union méd.*, t. XXXVII, p. 599, 1868; *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868.

GOSSELIN a décrit sous ce nom une affection particulière à l'adolescence et qu'il considère comme une ostéo-arthrite localisée entre les os de la première et de la seconde rangée du tarse.

**Étiologie.** — « Elle se développe, dit GOSSELIN, chez les sujets qui, au moment où il se fait une poussée de croissance, sont obligés à des travaux pénibles et à une marche prolongée; souvent par l'addition au poids du corps de fardeaux pesants. » C'est de seize à dix-huit ans qu'elle présente sa plus grande fréquence.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions de la tarsalgie restent encore assez mal connues; GOSSELIN, sur une jeune fille atteinte de tarsalgie et morte du choléra, a trouvé une synovite sèche des articulations astragalo-scaphoïdienne et calcaneéo-cuboïdienne; les cartilages étaient érodés, ulcérés, le tissu spongieux sous-jacent rouge, infiltré de sang. M. RAYNAUD a pu contrôler l'exactitude de ces faits; l'altération semblait plus avancée et les cartilages en partie résorbés; aussi les os étaient-ils soudés à la partie centrale, les articulations en voie d'ankylose par soudure directe des os.

**Pathogénie.** — Pour GOSSELIN la tarsalgie constitue la lésion première et principale; les déformations qui l'accompagnent et surtout le valgus pied plat sont consécutifs; il s'agit là de lésions réflexes, de contractures secondaires des muscles antéro-externes de la jambe, analogues à celles que l'on rencontre dans les arthrites du genou, de la hanche.

NÉLATON et surtout DUCHENNE (de Boulogne) ont émis un avis opposé et soutenu que la lésion musculaire (contracture ou paralysie) jouait le rôle principal; la douleur au niveau des articulations de Chopart résulterait de l'affaissement de la voûte dans le valgus pied plat, de son excès de courbure dans le valgus pied creux. Ainsi DUCHENNE a dénommé l'affection valgus pied plat douloureux consécutif à l'impotence du long péronier latéral; ce serait une variété du pied bot musculaire.

**Symptômes.** — On a décrit trois degrés dans la tarsalgie.

**Premier degré.** — Les principaux symptômes sont: une douleur vive à la pression et dans la marche principalement au niveau du ligament en Y de l'articulation de Chopart, la suppression des mouvements de latéralité du pied, sa déviation en valgus, la contraction des péroniers latéraux ayant pour effet de produire un valgus pied creux. Cette contracture est d'ailleurs passagère; aussi le

repos au lit suffit-il pour corriger la déformation qui reparait par la marche. En secouant la jambe il est impossible d'imprimer des mouvements de latéralité comme du côté sain; les mouvements d'extension et de flexion sont conservés.

*Deuxième degré.* — On retrouve ici les mêmes symptômes que précédemment, mais la plante s'aplatit au lieu d'être creuse; le pied est dévié en valgus, l'astragale fait une saillie anormale sur le dos du pied, les tendons péroniers et antérieurs forment des cordes tendues. Par le repos ces déformations persistent; l'anesthésie au contraire amène encore le relâchement des muscles contracturés et permet de corriger la déformation.

*Troisième degré.* — Ici la rétraction des péroniers devient complète et la lésion musculaire est prédominante; il ne faut plus compter sur le relâchement et la correction de la déviation pendant l'anesthésie. Les déformations persistantes conduisent à l'ankylose si le chirurgien n'intervient pas par la ténotomie.

Cette affection affecte une marche chronique; beaucoup de malades après des améliorations passagères ont des récidives et quelquefois l'ankylose arrive.

**Traitement.** — GOSSELIN préconise dans les premiers degrés le repos et l'immobilité; il ne faut pas moins de deux ou trois mois de ce traitement pour obtenir des résultats durables. Aussi est-il indiqué d'appliquer un appareil inamovible. Après la levée de l'appareil il sera bon de faire porter au malade des chaussettes élastiques. D'autres chirurgiens ont employé avec succès la bande de caoutchouc. Au second degré, le même traitement conviendra encore, mais l'appareil devra être placé pendant l'anesthésie. A toutes les périodes l'emploi des courants faradiques rendra des services. Enfin lorsque les muscles péroniers se rétractent, la ténotomie de leur tendon est le seul traitement convenable.

#### 6° MAL PERFORANT PLANTAIRE

**Bibliographie.** — LARREY, *Union méd.*, 1850. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1852. — VÉSIGNÉ, *Ibid.* — BRÛCA, *Ibid.*, 1855. — PÉAN, *Soc. de chir.*, 1860, et *Gaz. des Hôp.*, 1863. — SÉDILLOT, *Gaz. des Hôp.*, 1865. — PONCET, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1864, et *Gaz. hebdom.*, 1872. — ESTLANDER, *Deutsch. klin.*, 1871, n° 17. — DUPLAY et MORAT, *Arch. gén. de méd.*, 1873, 6<sup>e</sup> série, t. XXI, p. 257, 403, 550. — SCHUSSLER, *Revue de Hayem*, t. VII. — MICHAUD, *Lyon méd.*, 1876. — PITRES et VAILLARD, *Arch. de physiol.*, 1885, p. 208. — LAGRANGE et BOURSIER, *Congrès de chir. de Paris*, 1885. Thèses de Paris. — 1855, LEPLAT. — 1857, GORJU. — 1864, DELSOL. — 1868, MASSALOUX, MARTIN, MONTAIGNE. — 1869, VOZET DU POUGET. — 1870, LISNARD. — 1871, MAUREL. — 1872, GAUTHIER, JOLY. — 1874, SOULAGE. — 1875, QUEYSSAC. — 1877, PITOY. — 1878, BRUTUILLE. Thèses de Montpellier. — 1860, COCHASSIN-LAFITTE. — 1868, LUCAIN. — 1875, MONTALON. Thèse de Strasbourg. — 1866, FOLQUET.

On donne le nom de mal perforant à une ulcération de la plante du pied, liée à une lésion dégénérative des nerfs, caractérisée par sa tendance à s'enfoncer dans l'épaisseur des tissus et à récidiver. Signalée par DUPUYTREN,

NÉLATON (1852) elle a été de nos jours l'objet de travaux importants parmi lesquels il faut citer ceux de PONCET (de Cluny), DUPLAY et MORAT, PITRES et VAILLARD.

**Étiologie.** — Les causes les plus diverses sont susceptibles d'engendrer le mal perforant, toutes agissent de façon à produire une altération dégénérative des nerfs. Dans un certain nombre de cas l'affection reconnaît une cause traumatique ou mécanique; ainsi DUPLAY et MORAT relatent un fait de mal perforant consécutif à la compression des racines du sciatique par un kyste hydatique du sacrum. Ailleurs il s'agit de blessures du sciatique par coup de feu (DUPLAY et MORAT, FISCHER) par un cal volumineux (LUCAIN); BOUILLY et MATHIEU ont vu le mal perforant suivre la résection du sciatique névromateux. POLAILLON cite l'observation curieuse d'un mal perforant consécutif à une injection hypodermique d'éther.

A côté de ces faits déjà nombreux se placent toutes les affections médullaires qui amènent la dégénération des fibres nerveuses. Dans toutes les maladies des centres médullaires ou des ganglions spinaux, on constaterait les altérations des nerfs périphériques, (ataxie locomotrice, atrophie musculaire progressive, etc.

Les vieillards y semblent plus exposés; BERTRAND a noté la coïncidence de l'affection aux deux pieds et aux deux mains.

**Anatomie pathologique.** — Tous les points de la plante ne sont pas également exposés au mal perforant; d'une façon générale les parties qui appuient directement sur le sol y sont plus sujettes que les autres; le tégument plantaire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil constitue un véritable lieu d'élection; viennent ensuite la partie correspondante du cinquième métatarsien, le talon, le bord externe de la plante, exceptionnellement les coussinets adipeux des orteils.

Les lésions qui ont été rencontrées dans le mal perforant sont de deux ordres, les unes locales, les autres portent sur les nerfs périphériques et s'étendent à une distance plus ou moins grande.

Localement, autour d'une petite perforation ulcéreuse du derme, taillée à pic, existe un bourrelet épidermique dû à l'hypertrophie de l'épiderme. Dans les cas un peu anciens l'orifice conduit par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux à parois lardacées jusque sur les os ou l'articulation voisine. La paroi de ce trajet est tapissée par une couche de petites cellules rondes qui recouvrent un tissu lardacé fibreux formé aux dépens des éléments du derme hypertrophié. A côté de la destruction d'organes tels que les tendons et leurs gaines, on observe des signes évidents d'inflammation et tous les auteurs, PONCET, DUPLAY et MORAT, etc, signalent l'endartérite des capillaires.

A ces lésions à la fois destructives et inflammatoires correspondent des modifications des os et des articulations: les os à nu deviennent le siège d'ostéites, de nécroses et d'ulcérations mal connues; les synoviales se vascularisent, s'enflamment, la chondrite amène l'ulcération des cartilages et même leur usure progressive, se terminant par l'ankylose fibreuse. D'après DUPLAY et MORAT la moelle osseuse est embryonnaire, la graisse disparaît; le périoste lui-même s'épaissit, s'ulcère ou devient fongueux. A une certaine distance du

foyer, la nature des lésions change et le processus au lieu d'être destructeur prend le type scléreux (ankyloses fibreuses des articulations, éburnation du tissu osseux). Mentionnons encore l'atrophie simple des muscles, l'endartérite qui s'étend au loin.

PONCET (de Cluny) (1864), a le premier signalé les altérations dégénératives des nerfs et rapproché l'affection de la lèpre anesthésique; DUPLAY et MORAT, puis SONNENBURG, PITRES et VAILLARD ont apporté de nouvelles recherches qui corroborent les premières. A l'œil nu les nerfs plus vasculaires qu'à l'état normal ont une teinte grise; près du foyer ulcéreux le nerf collatéral se confond dans les tissus lardacés, devient noueux, flexueux. L'examen histologique a permis de constater que la dégénération des tubes nerveux remonte très haut et peut même atteindre les troncs de la cuisse.

*Nature de la maladie.* — Grâce aux notions précises sur les lésions du mal perforant, l'exposé des nombreuses théories émises pour l'expliquer n'offre plus aucun intérêt. LEPLAT considérait l'affection comme le résultat de la pression d'un durillon sur le derme; ROBERT et beaucoup d'anciens chirurgiens, frappés par la tendance à la récurrence, assimilaient le mal au carcinome; d'autres auteurs faisaient intervenir l'inflammation de bourses muqueuses normales ou accidentelles (GOSSELIN, LENOIR), une ostéo-arthrite primitive (MAUREL), l'athérome artériel amenant la gangrène moléculaire (PÉAN, DOLBEAU). Assurément l'endartérite joue un rôle dans la mortification des tissus, mais elle n'est pas primitive.

Aujourd'hui la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître l'origine nerveuse du mal perforant qui serait dû à une névrite dégénérative périphérique ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

*Symptômes. — Première période.* — Un certain temps avant l'apparition de l'ulcère, il existe sur la peau un durillon qui passe souvent inaperçu; cette petite masse épidermique peu douloureuse se fendille, se desquame et tombe en laissant le derme à nu; l'épithélium se reforme, pour subir un certain nombre de fois la même évolution, mais peu à peu le derme ne reste plus intact; il s'ulcère en profondeur et presque toujours les produits épithéliaux accumulés, desséchés, cachent le fond de la perte de substance.

*Deuxième période.* — Pendant longtemps le mal perforant semble rester stationnaire, mais des troubles intéressants surviennent dans la sensibilité du pied. « Les troubles consistent principalement en une diminution ou une abolition complète de la sensibilité cutanée dans une certaine étendue et même au voisinage de l'ulcère sans déterminer de douleurs; les diverses sensibilités sont diminuées et il y a la fois analgésie et anesthésie. Ces modifications de la sensibilité remontent à une hauteur variable sur le pied et la jambe, tantôt régulièrement en suivant le trajet d'une branche du sciatique, tantôt d'une façon plus irrégulière; les orteils sont insensibles.

La peau ne conserve pas son aspect normal, elle devient sèche, écaillée, desquamée, pigmentée; çà et là à la plante existent des durillons; les ongles se fendillent, se déforment, la sueur se supprime ou bien elle est abondante, fétide; le tissu sous-cutané s'indure. « L'extension de ces altérations névri-

tiques, disent PITRES et VAILLARD, explique la coïncidence fréquente avec le mal perforant plantaire de certains troubles sensitifs, trophiques, vasomoteurs ou sécrétoires qui ont été maintes fois signalés à une distance plus ou moins grande de l'ulcère du pied (anesthésie, analgésie, douleurs lancinantes, induration scléreuse de la peau, érythrodermie, pigmentation anormale, atrophie musculaire, gangrène, sueurs, etc., s'étendant sur toute la peau du pied et même de la jambe. » Ajoutons encore les arthropathies et l'ankylose.

*Troisième période.* — A cette période l'ulcère perforant envahit les tissus profonds les bourses muqueuses, les gaines tendineuses, les os et les articulations; ces divers organes s'enflamment, suppurent assez peu, s'atrophient, l'élimination des tendons engendre la déviation des orteils. Les phlegmons du pied ne sont pas très rares et présentent peu d'acuité, il suffit parfois d'un repos prolongé pour les faire avorter ou les guérir; en revanche ils n'ont pas de tendance bien marquée à la suppuration. Divers auteurs ont observé des gangrènes partielles.

Un dernier trait caractéristique de l'histoire du mal perforant est la tendance à la récurrence non seulement locale, mais encore après l'ablation de la partie; aussi le pronostic offre-t-il une certaine gravité.

Le siège de la lésion, la sécheresse de l'ulcération, la coïncidence de troubles trophiques périphériques et irradiés à la jambe, l'anesthésie et l'analgésie de la plante et des orteils, l'examen de l'état général, la concomitance d'une lésion des troncs nerveux ou de la moelle permettront de séparer le mal perforant des affections avec lesquelles il présente quelques analogies (ostéo-arthrites fongueuses).

*Traitement.* — Il est évident que dans les cas où le mal perforant est symptomatique, l'intervention chirurgicale est inutile; le repos réussit dans les cas d'origine mécanique. Localement on a employé une foule de remèdes; les indications principales consistent à faire tomber l'épiderme à l'aide de cataplasmes, de bains, à modifier l'ulcération par des caustiques (nitrate d'argent, teinture d'iode, potasse, chlorure de zinc). Lorsque les os et les articulations sont altérés, il devient parfois nécessaire d'agir; en raison des récurrences si communes, on a recommandé de préférer les opérations partielles aux amputations. FISCHER a obtenu une guérison par l'excision et l'anaplastie.

## § 5. — Tumeurs du pied

### 1° ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE PÉDIEUSE

*Bibliographie.* — DELORME, *Gaz. hebdomadaire*, 1879, et art. PIED du *Dict. de méd. et de chir. pratique*. — BARWELL, *Encycl. int. de chir.*, t. III. Thèses de Paris. — 1840, FONTÈS. — 1879, TOUSSAINT.

L'histoire des anévrismes de la pédieuse n'est pas très ancienne et les connaissances que nous possédons aujourd'hui sont le fruit des recherches patientes consignées dans les mémoires de DELORME et la thèse de TOUSSAINT.

**Étiologie.** — Sur dix-huit (18) observations réunies par BARWELL, les causes de l'affection se répartissent de la façon suivante : quatre anévrysmes spontanés ; sept traumatiques dont quatre par blessure directe du vaisseau (saignée, piqure de scalpel (BÉRARD) et trois à la suite d'entorses ; enfin dans six ou sept cas l'étiologie reste inconnue. Presque tous les malades appartenaient au sexe masculin et étaient à l'âge adulte ; cependant POLAND a publié un exemple d'anévrysme traumatique chez une femme de dix-neuf ans et CLINE en a rencontré un sur un enfant.

Le siège de la tumeur est assez fixe au niveau de la partie dorsale du sca-phoïde ou de la tête de l'astragale ; il est plus rare de les voir se continuer sur le premier cunéiforme et dans le premier espace inter-osseux. On conçoit aisément que ces anévrysmes ne puissent pas acquérir un grand volume, aussi la plupart ont-ils des dimensions variables entre celles d'une noix et celles d'un œuf de pigeon. Quant à leur espèce, les uns sont des anévrysmes circonscrits, les autres d'origine traumatique méritent plus exactement le nom d'anévrysmes faux, primitifs ou consécutifs. Une particularité intéressante de l'histoire de ces tumeurs est la multiplicité des anastomoses artérielles ; en outre, le sac reposant directement sur l'interligne articulaire astragalo-scap-hoïdien peut amener l'usure du tissu osseux et même perforer la jointure. Ces lésions étaient très marquées dans un cas d'HÉNOP.

En parcourant les observations, on est frappé de la gravité relative de cette affection qui a mis plus d'une fois l'existence des malades en danger. En effet, les anévrysmes pédieux sont exposés à toutes les complications ordinaires, rupture, gangrène, inflammation et suppuration du sac.

Diverses tumeurs développées dans la région dorsale du pied pourraient être confondues avec un anévrysme. Ainsi PANAS faillit ouvrir un anévrysme croyant à un abcès. TOUSSAINT pense que l'hydropisie de la bourse séreuse antéastragaliennne qu'il a décrite pourrait également induire le chirurgien en erreur. Enfin certaines tumeurs à myéloplaxes pulsatiles du pied, comme dans les cas cités par DUPUYTREN, VERNEUIL, VOSSE, offrent avec les anévrysmes des analogies, mais une observation attentive les fera reconnaître.

**Traitement.** — La compression ne paraît pas donner de bons résultats ; dans neuf cas où l'on y eut recours ce moyen de traitement ne réussit pas sept fois et parmi ces succès il y eut deux morts. La méthode de Reid elle-même échoua plusieurs fois et même dans l'observation de HÉNOP la seule application de la bande amena la rupture de la tumeur ; la ligature pratiquée sept fois soit au-dessus, soit à la fois au-dessus et au-dessous donne trois guérisons après échec de la compression. Sur quatre cas de ligature primitive, il fallut deux fois amputer la jambe, le troisième échoua et le quatrième se termina par la mort. Quatre ouvertures du sac par la méthode ancienne donnent trois morts. Enfin les injections de perchlorure de fer ont réussi entre les mains de DENUCÉ et de PANAS.

Il faudra donc commencer par faire la compression de la fémorale, ou essayer la flexion de la jambe sur la cuisse, ou encore la méthode de Reid. En cas d'échec, c'est aux injections que l'on donnera la préférence. Si l'anévrysme est rompu, la méthode ancienne s'impose mais le chirurgien prévenu

par les incertitudes de ce moyen de traitement devra, en cas de nécessité, sacrifier le membre.

## 2° TUMEURS VASCULAIRES

CADGE aurait rapporté un exemple d'anévrysme artério-veineux de l'artère plantaire interne et BRYANT (*Practice of Surgery*) figure une tumeur qui appartient en réalité à cette variété. DELORME n'a pu trouver que deux exemples d'anévrysmes cirsoïdes du pied, ceux de POLAND (*The Lancet*, 1866) et de NICOLADONI (*Arch. de Langenbeck*, Bd. XVIII, 1875, p. 711). Pour le premier malade la ligature successive de la tibiale postérieure, de la pédieuse et de la tibiale antérieure très dilatées amena la guérison. NICOLADONI ne réussit pas en employant la flexion forcée, la compression digitale et instrumentale.

Enfin on a rencontré un anévrysme sur la plantaire externe. Dans un fait (*Boston Med. and Surg. Journal*, 1874) la tumeur guérit en quatre jours par la compression des tibiales jointe à la compression directe du sac.

**Angiomes.** — Quelques exemples en ont été rapportés ; citons entre autres celui de BOURDILLAT où la tumeur fut confondue avec un lipome.

## 3° TUMEURS DES PARTIES MOLLES

**Névromes.** — Cette affection n'est pas très rare au pied et surtout dans les moignons d'amputation. Habituellement ils siègent dans la région du cou-de-pied (SIEBOLD, DEMAUX, BLANDIN, GAY) ; cependant le nerf plantaire interne était intéressé dans le cas de BORELLI. On n'est d'ailleurs pas bien fixé sur la nature de ces névromes ; la tumeur ainsi observée par BLANDIN avait acquis le volume du poing, englobait l'artère tibiale postérieure ; l'amputation de jambe se termina par la mort ; un autre malade de DOLBEAU succomba à l'infection purulente.

Les tumeurs malignes les plus fréquentes des parties molles du pied sont : les sarcomes, les carcinosomes et les mélanomes ; les caractères de ces néoplasmes n'offrent rien de spécial à la région du pied. DAVILLÉ (*Thèse de Paris*, 1880) a étudié l'épithélioma des orteils. La localisation du mal fait un devoir au chirurgien de sacrifier le membre aussitôt que possible et encore ne sera-t-il pas absolument sûr d'éviter les récidives soit dans le moignon, soit dans les ganglions de l'aîne.

## 4° TUMEURS DES OS DU PIED

Les exostoses semblent très rares au pied, à peine en existe-t-il quelques exemples (CHASSAIGNAC, SANSON, SAINT-YVES) ; elles siègent d'ordinaire sur les métatarsiens ; l'un de nous a observé des synostoses qui réunissaient plusieurs métatarsiens.

D'après DELORME les sarcomes seraient assez communs au pied. Cependant