

ARTICLE II

NÉOPLASMES OU TUMEURS DES MEMBRES

Les néoplasmes ou tumeurs en général ont déjà été l'objet d'une étude dans la pathologie générale chirurgicale. Il peut sembler tout d'abord inutile d'y revenir à propos de la pathologie des membres. Mais il est intéressant pour la clinique de décrire les tumeurs qu'on peut rencontrer dans chaque région, et surtout de se rendre compte du degré de fréquence de chacune d'elles dans une région donnée. C'est donc ici une étude purement clinique que nous allons entreprendre.

Nous suivrons, dans la description des tumeurs des membres, l'ordre que nous avons adopté jusqu'ici, et nous étudierons successivement : 1° les néoplasmes ou tumeurs du membre supérieur ; 2° les tumeurs du membre inférieur.

I

TUMEURS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

1° TUMEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Les tumeurs de la main et des doigts donnent lieu à des considérations assez semblables pour qu'on puisse les réunir dans une description unique.

Classification. — Ces tumeurs peuvent être divisées en deux grands groupes, suivant qu'elles sont de nature bénigne ou maligne. Les tumeurs bénignes elles-mêmes sont liquides ou solides. Nous arrivons ainsi à la classification suivante :

1° TUMEURS BÉNIGNES . . .	<table> <tbody> <tr> <td>a. Liquides . . .</td> <td> <table> <tbody> <tr> <td>{</td> <td>Angiomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Tumeurs cirsoïdes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Kystes.</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td>b. Solides . . .</td> <td> <table> <tbody> <tr> <td>{</td> <td>Papillomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Lipomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Fibromes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Névromes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Ostéomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Chondromes.</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	a. Liquides . . .	<table> <tbody> <tr> <td>{</td> <td>Angiomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Tumeurs cirsoïdes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Kystes.</td> </tr> </tbody> </table>	{	Angiomes.	{	Tumeurs cirsoïdes.	{	Kystes.	b. Solides . . .	<table> <tbody> <tr> <td>{</td> <td>Papillomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Lipomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Fibromes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Névromes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Ostéomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Chondromes.</td> </tr> </tbody> </table>	{	Papillomes.	{	Lipomes.	{	Fibromes.	{	Névromes.	{	Ostéomes.	{	Chondromes.
a. Liquides . . .	<table> <tbody> <tr> <td>{</td> <td>Angiomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Tumeurs cirsoïdes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Kystes.</td> </tr> </tbody> </table>	{	Angiomes.	{	Tumeurs cirsoïdes.	{	Kystes.																
{	Angiomes.																						
{	Tumeurs cirsoïdes.																						
{	Kystes.																						
b. Solides . . .	<table> <tbody> <tr> <td>{</td> <td>Papillomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Lipomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Fibromes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Névromes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Ostéomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Chondromes.</td> </tr> </tbody> </table>	{	Papillomes.	{	Lipomes.	{	Fibromes.	{	Névromes.	{	Ostéomes.	{	Chondromes.										
{	Papillomes.																						
{	Lipomes.																						
{	Fibromes.																						
{	Névromes.																						
{	Ostéomes.																						
{	Chondromes.																						
2° TUMEURS MALIGNES . . .	<table> <tbody> <tr> <td>{</td> <td>Sarcomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Épithéliomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Carcinomes.</td> </tr> <tr> <td>{</td> <td>Mélanomes.</td> </tr> </tbody> </table>	{	Sarcomes.	{	Épithéliomes.	{	Carcinomes.	{	Mélanomes.														
{	Sarcomes.																						
{	Épithéliomes.																						
{	Carcinomes.																						
{	Mélanomes.																						

A. — TUMEURS BÉNIGNES

1° *Angiomes.* — Après la tête, la région de la main est celle où l'on rencontre le plus fréquemment l'angiome. Cette variété de tumeur débute ordinairement par les doigts ; elle peut affecter deux formes différentes : l'une est l'angiome simple, sans pulsation, ni souffle, sans modifications apparentes du volume

(*nævi materni*) ; l'autre est l'angiome caverneux, susceptible de présenter des changements de volume sous l'influence du cri, de l'effort (tumeurs érectiles). Ces tumeurs sont le plus souvent lisses, ou peu saillantes. Cependant M. Lannelongue⁽¹⁾ a observé chez un nouveau-né un exemple de tumeur érectile pédiculée. Le pédicule de couleur bleuâtre, large de 2 millimètres, long de 1 centimètre, était appendu au côté externe de l'auriculaire. A première vue, on aurait pu prendre la tumeur pour un doigt surnuméraire, mais sa coupe montra qu'elle était constituée par un tissu érectile.

L'angiome des doigts peut être solitaire, mais parfois aussi on a affaire à des angiomes multiples. Cruveilhier a rapporté⁽²⁾ 2 faits d'angiomes multiples. Dans l'un, une multitude de petites tumeurs variqueuses bleuâtres occupaient la face dorsale de l'index et du pouce, le bord radial de l'avant-bras, le bras et le moignon de l'épaule. Les unes étaient cutanées, les autres profondes, intra-musculaires et même intra-périostiques. Virchow a vu également des angiomes multiples, variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix sur l'annulaire, la main et l'avant-bras d'un homme de quarante-huit ans⁽³⁾. Esmarch a vu jusqu'à 40 de ces tumeurs, et Schuh en a compté 100.

Elles n'ont pas toujours une origine congénitale. Elles peuvent reconnaître pour cause un traumatisme. Tel l'exemple de ce soldat observé par M. Duplay chez lequel un angiome se développa sur la face dorsale de la main droite, dans un point où le malade avait reçu un coup de crosse de fusil.

Les angiomes de la main et des doigts peuvent devenir le point de départ de fissures, d'ulcérations, qui donnent naissance à des hémorragies plus ou moins abondantes. Kreysig a observé une femme de soixante-douze ans qui portait, depuis de longues années, au bout du doigt indicateur gauche, une tumeur érectile qui, toutes les quatre semaines, se tuméfiait, devenait rouge et laissait suinter des gouttes de sang. Dans d'autres cas, ces ulcérations des angiomes donnent lieu à des suppurations très abondantes.

Le diagnostic est difficile seulement pour les angiomes profonds. La réductibilité possible de la tumeur, sa teinte bleuâtre, sa consistance molle, spongieuse, sont les caractères qui permettront de faire le diagnostic. Nous avons pratiqué l'extirpation d'un angiome circonscrit, occupant le côté interne du petit doigt, chez un homme jeune. Le seul signe qui pût conduire au diagnostic, c'était, dans ce cas, les variations de volume que présentait parfois la tumeur.

L'extirpation est la méthode de choix dans les angiomes circonscrits ; lorsqu'il s'agit de tumeurs diffuses, on peut, suivant les cas, recourir aux injections coagulantes qui conviennent dans les angiomes caverneux, ou aux cautérisations à l'aide du thermocautère, ou du galvanocautère, applicables aux angiomes superficiels.

2° *Tumeurs cirsoïdes.* — Ces tumeurs ont été l'objet d'une excellente étude de la part de M. Polaillon⁽⁴⁾ dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Cet auteur a pu en réunir 26 cas ; sur ce nombre, 12 fois la maladie était limitée aux doigts ; 13 fois elle atteignait simultanément les doigts et la paume de la main. Très rarement la tumeur est limitée à la paume de la main seule.

⁽¹⁾ LANNELONGUE, *Tumeur érectile kystique, congénitale, pédiculée, simulant un doigt supplémentaire*. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 852.

⁽²⁾ J. CRUVEILHIER, *Deux observations de tumeur érectile du membre supérieur*. *Traité d'anat. pathol.*, t. III, p. 880.

⁽³⁾ VIRCHOW, *Angiomes phlébogènes*. *Traité des tumeurs*, t. IV, p. 59 et 118.

⁽⁴⁾ POLAILLON, art. *DOIGT* du *Dict. encycl.*, 1884.

Pour ce qui est de l'étiologie, il est deux ordres de causes dont l'action est aujourd'hui bien établie. Ce sont, d'une part, l'existence antérieure d'un nævus congénital; d'autre part, le traumatisme. Sur les 26 cas de Polaillon, 8 fois la maladie reconnaissait pour cause une tache vasculaire; dans 4 cas, on trouve noté un traumatisme.

Quel qu'ait été le mode de début de la tumeur, elle arrive à constituer une masse molle, spongieuse, animée de pulsations. L'auscultation y révèle un bruit de souffle et, par une compression légère, on y détermine un thrill ou frémissement vibratoire. Le développement du néoplasme s'accompagne de troubles

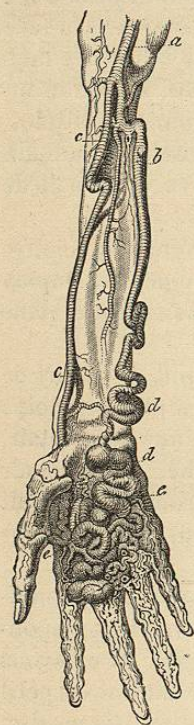


FIG. 75. — Varices artérielles de l'avant-bras et de la main.

de la nutrition; les doigts s'hypertrophient, il y a élévation de la température et exagération de la sécrétion sudorale. Parfois enfin la tumeur est le siège de douleurs et d'inflammations qui peuvent aboutir à des ulcérations, à des hémorragies ou même à la gangrène d'une extrémité digitale. En même temps les artères et les veines sont le siège d'une dilatation souvent considérable, qui occupe tout le membre supérieur et qui peut même remonter jusqu'au cœur, comme dans les cas de Nicoladoni et de Berger. Cette dilatation des artères du membre supérieur était très marquée dans le cas de Breschet (voy. fig. 75). Il en était de même dans le cas de Krause; il s'agissait dans ce cas d'un malade qui, à la suite d'une morsure de chien, avait vu, dans l'espace de vingt ans, une dilatation énorme des artères du membre supérieur se développer à partir du point lésé. Cet état conduisit Stromeyer à pratiquer l'amputation. De même encore, dans le cas de Fischer (1), relatif à un homme de vingt-quatre ans qui, depuis sa naissance, avait présenté une dilatation des vaisseaux de la main et de l'avant-bras gauche, les doigts étaient le siège d'ulcérations donnant naissance à des hémorragies qui épuisaient le malade. L'avant-bras était plus long de 4 centimètres, et plus gros de 6 centimètres que celui du côté opposé. L'artère humérale, énormément dilatée et flexueuse, était le siège d'un frémissement distinct. Les veines superficielles étaient également très dilatées. Fischer fit d'abord la ligature de l'artère axillaire, mais le gonflement et les hémorragies ayant reparu, le malade étant d'ailleurs très affaibli, il fallut en venir à l'amputation du bras.

Le pronostic est grave, puisque, d'après la statistique de M. Polaillon, sur 25 cas qui ont pu être suivis, 5 seulement se sont terminés par la guérison; 8 fois le sacrifice du membre a été nécessaire.

Supprimer la tumeur elle-même, ou du moins oblitérer tous les vaisseaux qui y aboutissent, tels doivent être les principes du traitement; les opérations portant sur les artères à distance sont sans efficacité. Ces principes sont ceux que l'étude des observations et les récentes discussions à la Société de chirurgie permettent de formuler (2). L'extirpation convient aux cas dans lesquels la

(1) H. FISCHER, *Diffuse teleangiectatische Erweiterung der Gefässe des linken Armes*, etc. *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1880, t. XII, p. 29.

(2) DESPRÈS, *Tumeur cirsoïde du médius; ablation d'une portion de l'artère cubitale dilatée et*

tumeur est bien limitée. Dans les circonstances opposées, il vaut mieux recourir aux injections coagulantes, perchlorure de fer à 50 degrés ou liqueur de Piazza; ces injections ont donné des succès entre les mains de Demarquay, de Polaillon et de Berger. L'amputation reste comme la dernière ressource. Vu l'existence de dilatations artérielles très étendues, et dans le but d'éviter les récives, certains chirurgiens ont fait porter leurs amputations sur l'avant-bras, et même, comme Fischer, sur le tiers supérieur du bras. Or, l'étude des observations démontre que c'est là un sacrifice inutile; une fois la tumeur supprimée, les artères qui en partent reviennent sur elles-mêmes; dans son cas, Trélat s'était borné à désarticuler la main; son opéré guérit, et les artères dilatées, laissées dans le moignon, reprirent leur calibre normal; de même aussi dans le fait de Letenneur. On n'a pas à redouter d'hémorragies; on peut donc amputer au milieu des vaisseaux dilatés, et conserver au malade une étendue de son membre aussi grande que possible.

5° *Kystes*. — Indépendamment des kystes synoviaux qui ont été étudiés précédemment et qui, d'ailleurs, ne sauraient rentrer dans la classe des néoplasmes, on peut encore rencontrer à la main diverses variétés de kystes dont les uns sont tout à fait exceptionnelles, comme les kystes hydatiques et les kystes sébacés, dont les autres, les kystes dermoïdes, se rencontrent un peu plus fréquemment.

a. *Kystes hydatiques*. — B. Anger a enlevé un kyste hydatique de la face palmaire de la main. Stanley note un cas où un cysticerque fut trouvé dans la première phalange de l'index.

b. *Kystes sébacés*. — M. Blum a eu l'occasion d'opérer un kyste sébacé du volume d'une noix, siégeant sur la face dorsale du premier espace intermétacarpien, chez un homme de cinquante-six ans.

c. *Kystes dermoïdes*. — Plus souvent observés que ceux des variétés précédentes, ces kystes constituent cependant des tumeurs rares, qui ne sont connues que depuis une vingtaine d'années. Les premiers exemples en ont été publiés par Muron (1) et par M. Rizet (2). Puis sont venus les faits de MM. Desprès (3) et Polaillon; nous-même nous en avons observé un exemple. M. Lalitte (4) a fait de cette étude le sujet de sa thèse inaugurale. C'est seulement à la face palmaire de la main et des doigts que cette variété de kystes a été rencontrée. On y retrouve tous les éléments qui entrent dans la constitution normale de l'enveloppe cutanée.

Quant à leur pathogénie, elle est assez obscure. On peut admettre ici, comme pour les kystes dermoïdes en général, l'inclusion d'une petite portion du tégument externe, survenue pendant la vie intra-utérine. La constatation de ces tumeurs chez un certain nombre de malades encore jeunes peut être invoquée à l'appui de cette opinion. D'autre part, beaucoup de malades porteurs de kystes dermoïdes étaient avancés en âge (le malade de M. Polaillon avait trente-huit ans, le nôtre avait une cinquantaine d'années), et ces malades n'avaient vu apparaître leurs tumeurs que depuis peu de temps. Une circonstance qu'on

amputation du médius dans la continuité du 5^e métacarpien. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 9 avril 1884, p. 298. — BERGER, *Ibidem*, 16 avril 1884, p. 509. — POLAILLON, *Sur le traitement des tumeurs cirsoïdes de la main*. *Ibidem*, 30 mai 1884, p. 548.

(1) MURON, *Kyste dermoïde de la main*. *Bull. de la Soc. anat.*, 2^e série, 1868, t. XIII, p. 559.

(2) RIZET, *Kystes dermoïdes des doigts*. *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 755.

(3) GIBIER, *Kyste de la face palmaire de la 2^e phalange de l'index*. *Bull. de la Soc. anat.*, 18 nov. 1881 (cas de Desprès).

(4) LALITTE, *Des kystes dermoïdes des doigts*. Thèse de doct. de Nancy, 1885.

enlevé un lipome de la main, dont il avait pu constater l'origine sous-aponévrotique. Dans son rapport sur le cas de M. Moulinier, M. Desprès⁽¹⁾ signale un fait qui lui est personnel. D'après les faits que nous venons de rappeler, il est possible, à l'heure actuelle, de tracer la symptomatologie des lipomes de la paume de la main. De consistance mollesse, souvent même fluctuante, ces tumeurs peuvent en imposer pour des kystes synoviaux, d'autant plus qu'elles fournissent habituellement sous la pression des doigts une crépitation analogue à celle des kystes à grains riziformes. Toutefois leur développement est plus lent en général que celui des kystes; les lipomes sont beaucoup moins douloureux; ils n'ont pas nécessairement, comme les kystes, un prolongement anti-brachial. Ce qu'il faut se rappeler au point de vue thérapeutique, c'est que ces tumeurs ont une origine profonde, sous-aponévrotique. Leur extirpation n'est donc pas exempte de difficultés; il est bon de se servir de la bande d'Esmarch, tant pour ménager les vaisseaux et nerfs voisins que pour enlever tous les prolongements de la tumeur et se mettre à l'abri des récidives.

6° *Fibromes.* — Les fibromes sont plus rares encore que les lipomes; les uns sont superficiels, les autres aponévrotiques. M. Polaillon rapporte le fait d'une tumeur de ce genre, existant sur la face dorsale du pouce droit. La tumeur fut enlevée facilement par énucléation; Huguier a enlevé une de ces tumeurs qui fut énucléée de la pulpe du doigt. Il peut se faire que ces néoplasmes aient des connexions étroites avec la gaine des tendons. M. Notta⁽²⁾ a communiqué, en 1877, à la Société de chirurgie, un exemple de tumeur fibreuse de la paume de la main, développée dans la gaine des tendons fléchisseurs. Elle existait au niveau du premier espace intermétacarpien. En un point de son étendue, elle fournissait une fluctuation évidente; néanmoins la ponction ne donna aucun résultat. L'extirpation permit de constater que la tumeur s'enfonçait dans la paume de la main, entre les tendons fléchisseurs et la voûte ostéo-fibreuse.

Le diagnostic de ces tumeurs, comme celui de toutes les tumeurs sous-aponévrotiques de la main, donne donc naissance à de sérieuses difficultés. Il faut se souvenir que toutes ces tumeurs sous-aponévrotiques peuvent présenter de la fluctuation.

7° *Névromes.* — Le névrome ou tumeur des nerfs peut se rencontrer, soit aux doigts, soit sur la main. Non seulement la tumeur elle-même est douloureuse, mais il peut y avoir encore des névralgies irradiées à l'avant-bras et au bras. M. Chandelux a rapporté le cas d'un névrome siégeant sur l'annulaire d'une dame de quarante-six ans, et s'accompagnant d'irradiations douloureuses le long du bras, jusque dans le côté correspondant de la poitrine. L'énucléation de la tumeur permit de constater qu'on avait affaire à un fibromyxome, contenant un certain nombre de tubes nerveux à myéline. Dans certains cas, comme ceux de Schuh, de Crampton et de Syme, la tumeur était si petite qu'on aurait pu croire à une simple névralgie du doigt. Il faut donc toujours pratiquer un examen minutieux. Hesselbach a enlevé un fibrome du nerf médian siégeant au-dessous de l'aponévrose palmaire. Les névromes de la main peuvent également être multiples. M. Huguier a vu, chez une femme, une tumeur siégeant à la base de l'éminence thénar et donnant naissance à de violentes douleurs. Deux extirpa-

(1) DESPRÈS, Rapport sur l'observation de M. Moulinier. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 4 oct. 1882, p. 618.

(2) NOTTA, Tumeur fibreuse de la paume de la main développée dans la gaine des tendons. Difficultés du diagnostic; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 14 nov. 1877.

tions successives furent pratiquées, et la récidive survint toujours. Aussi Nélaton se décida-t-il à pratiquer l'amputation de la main. La dissection de la pièce montra 2 névromes sur le trajet du cubital, et 5 névromes sur les branches du médian.

8° *Ostéomes.* — On peut observer, au niveau de la main et des doigts, des tumeurs osseuses d'origines très diverses. Les unes sont des hyperostoses des phalanges, les autres des exostoses épiphysaires, des exostoses sous-unguéales, ou des tumeurs osseuses développées dans les parties molles.

L'exemple le plus curieux d'hyperostoses est celui qui a été publié par Léo⁽¹⁾ (voy. fig. 76). Il a trait à un jeune homme de vingt ans, présentant, depuis

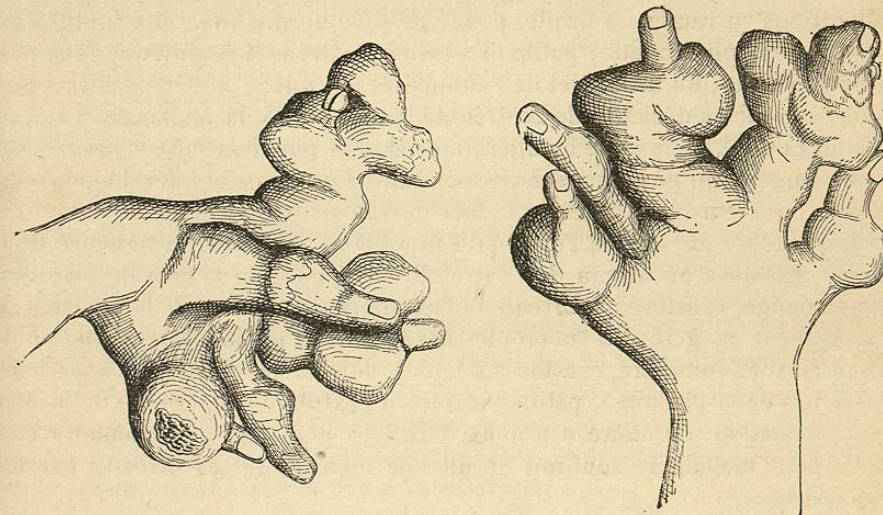


FIG. 76.

Hyperostose des doigts.

FIG. 77.

l'âge de cinq ans, des hyperostoses des doigts de la main gauche. Elles avaient débuté sans cause connue, s'étaient développées sans douleurs vives et avaient atteint peu à peu un volume énorme. Le début avait eu lieu au niveau des épiphyses des phalanges. Depuis peu de temps, des productions semblables se montraient à la main droite, le reste du squelette était intact. Les tumeurs des phalanges étaient d'une dureté très grande et le poids de la main si considérable qu'on pouvait en conclure que les néoplasmes étaient formés par du tissu compact. Les doigts jouissaient de quelques mouvements très limités, et le malade pouvait encore gagner péniblement sa vie en exerçant la profession de tisserand.

Les exostoses épiphysaires sont moins rares que les hyperostoses. Implantées au voisinage des extrémités articulaires, elles peuvent mettre obstacle aux mouvements de flexion et d'extension des doigts et nécessiter une opération. Dans un certain nombre de cas, on a pu pratiquer l'ablation de la tumeur en ménageant les parties voisines; c'est ce qui eut lieu, par exemple, dans le cas de Spencer Watson, où il s'agissait d'une exostose de la phalange du médius,

(1) LÉO, Exemple rare d'hyperostose des doigts. Arch. für klin. Chir. von Langenbeck. 1876, vol. XIX, p. 552, avec figures.

chez une dame de quarante ans. Au cours de l'opération, le chirurgien se rendit compte qu'on pouvait ménager les tendons et l'articulation : il se borna donc à réséquer l'exostose. De même, chez un garçon de quinze ans, qui portait sur la face externe de la première phalange du pouce une exostose du volume d'une noix, M. Richet put enlever la production morbide à l'aide de la gouge et de la pince de Liston. Dans d'autres cas, comme chez un malade d'Annandale, par exemple, il fallut pratiquer l'amputation du doigt.

Dans les cas auxquels nous venons de faire allusion, les exostoses étaient uniques; mais il existe aussi des faits d'exostoses épiphysaires multiples. M. Polaillon⁽¹⁾ en a observé un exemple remarquable chez un jeune garçon de cinq ans, dont le père avait eu la syphilis. « Les doigts présentaient, nous dit-il, les altérations suivantes : à droite, pouce presque normal avec une subluxation en dedans de la phalangette; petite exostose à l'extrémité supérieure de la phalangine de l'index, du médius et de l'annulaire; en outre, sur ce dernier doigt, exostose à la face antérieure de l'extrémité inférieure de la phalange; l'auriculaire était normal. A gauche, les altérations étaient plus marquées : subluxation de la phalangette du pouce en dehors, par suite d'une exostose développée à son extrémité supérieure; exostose sur la face dorsale de la phalange de l'index; sur le médius, grosse exostose à l'extrémité supérieure de la face antérieure de la phalange, exostose au niveau de l'extrémité inférieure de la face dorsale de la même phalange, exostose au niveau de l'extrémité supérieure de la phalangine, développement exagéré des tubercules latéraux de la phalangette, déviation du doigt en S; sur l'annulaire, exostoses à la face dorsale des extrémités supérieure et inférieure de la phalange, petite exostose à l'extrémité supérieure de la phalangine, déviation angulaire des deux dernières phalanges; l'auriculaire était sain. Le petit malade ne souffrait en aucune manière de ses diverses excroissances osseuses. »

Les exostoses sous-unguéales sont infiniment plus rares à la main qu'au pied, au point même qu'on a pu mettre en doute leur existence. Cependant Trélat en a observé un exemple, au niveau de l'index gauche, chez une jeune fille de dix-sept ans. L'ongle était soulevé en dedans par une tumeur du volume d'un pois, dure et indolente. L'examen histologique de la pièce enlevée permit de vérifier le diagnostic. Billroth a eu l'occasion d'enlever une exostose analogue, siégeant sur l'extrémité de l'annulaire, chez un jeune homme de vingt et un ans. Vogt⁽²⁾ dit avoir pu observer une exostose semblable siégeant sur l'extrémité de l'index.

Il est enfin des tumeurs osseuses qui paraissent ne pas avoir de connexions avec le squelette. Tel était le cas observé par Dolbeau chez un homme de quarante-neuf ans, qui avait vu se développer, à l'âge de dix ans, une tumeur sur la face palmaire de la première phalange de l'index. A vingt ans, l'ostéome avait le volume d'une noisette; à trente ans, celui d'un marron. Le doigt fut blessé et la peau s'ulcéra; au fond de l'ulcération, on apercevait la tumeur sous la forme d'une masse blanche, très dure. Elle était mobile, et, au-dessous d'elle, les tendons fléchisseurs jouaient librement dans leurs gaines. L'énucléation fut pratiquée avec une grande facilité.

9° *Chondromes*. — L'enchondrome mérite une mention toute particulière, en

⁽¹⁾ POLAILLON, art. DOIGT du *Dict. encycl.*, p. 182.

⁽²⁾ VOGT, *Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten. Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke*, p. 140.

ce qu'il constitue la plus fréquente de toutes les tumeurs solides de la main et des doigts.

Les phalanges sont deux fois plus souvent atteintes que les métacarpiens. Aux doigts seuls, M. Polaillon a pu en recueillir 92 cas. Quant à la fréquence avec laquelle est atteinte chaque phalange en particulier, elle ressort nettement du tableau suivant :

Première phalange.	56 cas.
Deuxième phalange.	25 —
Troisième phalange.	5 —

L'index et le médius sont à peu près également atteints; puis vient l'annulaire; le petit doigt et le pouce sont plus rarement le siège du néoplasme.

Index.	58 cas.
Médius.	58 —
Annulaire.	28 —
Auriculaire.	21 —
Pouce.	17 —

Quant aux causes qui leur donnent naissance, il faut mettre au premier rang le sexe masculin et le jeune âge; le traumatisme possède également une très grande importance. Très souvent, des coups, des chutes, des fractures, des piqûres paraissent avoir été leur point de départ.

Les enchondromes de la main ont une grande tendance à la multiplicité; les chondromes isolés sont les moins fréquents; sur un total de 92 chondromes des doigts, M. Polaillon ne compte que 55 cas de chondromes isolés et 57 de chondromes multiples. Dans sa statistique, cet auteur a trouvé que plusieurs phalanges du même doigt avaient été prises 9 fois, plusieurs doigts 15 fois, les doigts et les métacarpiens 50 fois. On a vu les doigts des deux mains être affectés simultanément.

L'enchondrome peut constituer des tumeurs très volumineuses (voy. fig. 78). M. Gosselin a observé un enchondrome de la première phalange de l'index, qui avait 25 centimètres de circonférence et 10 centimètres dans son grand axe. L'enchondrome a son point de départ, soit dans l'intérieur de l'os, soit dans le périoste ou dans les parties molles de la main. Sur 71 cas où le point de départ de la maladie est noté d'une manière précise, M. Polaillon en trouve 47 qui ont trait à des enchondromes centraux; 19 fois il s'agissait d'enchondromes périostiques et 5 fois seulement l'enchondrome avait pris naissance dans les parties molles. M. Jacquemin a rencontré un enchondrome des parties molles qui siégeait au-devant d'une phalange et reposait sur les nerfs et les tendons. M. Polaillon a observé un enchondrome adhérent à la gaine des fléchisseurs de l'annulaire de la main droite. De même, dans le cas de Jacobson, une jeune femme avait remarqué que la face palmaire de son pouce droit grossissait progressivement. L'opération y démontra l'existence d'une tumeur du volume d'une noisette, en connexion avec la gaine synoviale; il s'agissait d'une tumeur cartilagineuse.

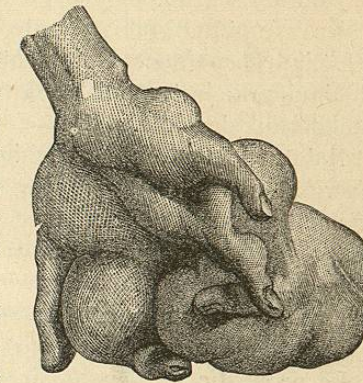


Fig. 78. — Chondromes des doigts.