

un moment donné l'instrument est arrêté par la présence de la tumeur qu'il devra contourner. Plus tard, lorsque la tumeur a pris un volume suffisant pour faire une saillie notable au dehors, le diagnostic ne présente plus de difficultés. Toutefois, la présence d'ulcérations et de fongosités pourrait la faire confondre avec une tumeur maligne. La marche du mal, l'âge des sujets, la consistance dure, spéciale à l'exostose, permettront de faire le diagnostic.

**Marche et pronostic.** — Dans la plupart des cas, la marche du mal est fort lente; exceptionnellement on a vu la tumeur acquérir en quelques mois un volume considérable. Il est tout à fait exceptionnel d'observer la résorption spontanée du néoplasme, si tant est même que le fait qui a été donné comme exemple de cette marche spéciale doive être admis. La douleur causée par la présence de la tumeur peut devenir assez violente pour constituer pour le malade un véritable tourment, le privant de sommeil et rendant la marche impossible. L'opération est donc indiquée; c'est seulement dans le cas où l'extirpation a été incomplète qu'on voit survenir la récurrence; la guérison s'obtient à la suite d'une nouvelle intervention.

**Traitement.** — L'extirpation de l'exostose, tel est le seul traitement qui soit de mise aujourd'hui. La cautérisation employée autrefois ne saurait plus être conseillée.

On peut, comme le faisait Dupuytren, se contenter d'abraser largement la tumeur avec un bistouri à dos fort, de façon à l'enlever largement : ou bien, si celle-ci a une consistance trop considérable, à l'aide de la gouge et du maillet, on évidera la phalange. Il est nécessaire d'arracher, au préalable, l'ongle, de façon à bien mettre à découvert le néoplasme. Généralement ce procédé se montre suffisant. Dans le but d'éviter la récurrence, Debrou (d'Orléans) conseillait de pratiquer l'amputation de la phalange dans la continuité. Cette manière de faire, qui avait été adoptée par Dolbeau, pourrait être nécessaire dans le cas où la phalange en totalité aurait été envahie par le produit morbide. Quant à la désarticulation de la phalange, c'est un traumatisme inutile, puisque, comme nous l'avons dit, le néoplasme ne s'avance pas jusqu'au contact de la surface articulaire.

#### B. — TUMEURS DU PIED

Au pied, comme aux orteils, nous passerons en revue : *a*, les tumeurs des parties molles; *b*, celles des os.

**a. Tumeur des parties molles.** — Les tumeurs liquides du pied sont les angiomes, les tumeurs cirsoïdes, les kystes; parmi les tumeurs solides, nous citerons les névromes, les lipomes, les fibromes, les papillomes, les épithéliomas et les sarcomes.

**Angiomes.** — Les petits angiomes cutanés constituant de simples taches érectiles ne sont pas rares à la région du pied. Au contraire, les angiomes sous-cutanés, donnant naissance à de véritables tumeurs érectiles, sont tout à fait exceptionnels.

Bourdillat (1) a rapporté le fait d'un angiome caverneux sous-cutané du dos

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1868.

du pied, chez une femme de soixante-huit ans. La tumeur, du volume du poing, remontait à quarante ans. Sans coloration spéciale de la peau, elle donnait au toucher la sensation d'une masse molle, non fluctuante, légèrement lobulée. On n'y sentait ni expansion, ni battements, ni frémissement vibratoire; aussi crut-on à un lipome. Mais, après l'ablation de la tumeur, on reconnut qu'il s'agissait d'un angiome.

M. Blum (1) dit avoir rencontré, chez un homme de soixante-quatre ans, une tumeur de la face dorsale du pied, qui avait débuté à l'âge de quarante-sept ans et qui présentait tous les caractères d'un angiome. Une tumeur molle, violacée, recouvrait chez ce malade toute la face dorsale du pied; elle augmentait de volume et de consistance pendant la station.

**Tumeurs cirsoïdes.** — On trouve partout cité le cas de Poland (2) relatif à une jeune fille de dix-neuf ans, blessée six ans auparavant par la chute d'un pupitre sur le dos du pied. Chez elle, l'affection avait débuté trois mois après le traumatisme; il existait une dilatation considérable des artères du pied, avec flexuosités et pulsations qu'arrêtait la compression de la fémorale. Poland dut pratiquer en trois mois la ligature successive de la tibiale postérieure derrière la malléole, de la pédiuse et de la tibiale antérieure; les parois de ces vaisseaux étaient altérées, et leur calibre énormément dilaté. La malade sembla guérie; mais elle dut être amputée plus tard pour une récurrence.

Chez la malade de Nicoladoni, âgée de vingt-deux ans, la tumeur occupait à la fois le pied et la partie inférieure de la jambe. Les tumeurs pulsatiles présentaient un souffle systolique et un frémissement vibratoire; les artères tibiales étaient dilatées ou flexueuses, la veine saphène interne et ses ramifications étaient fortement variqueuses. La flexion forcée du genou, la compression mécanique et digitale restèrent sans résultat. La production d'une escarre conduisit à lier l'artère fémorale à sa partie moyenne, mais l'amélioration ne fut que passagère, et, cinq mois après, la malade se trouvait dans le même état (3).

Fergusson et Smith rapportent l'histoire d'un homme entré à l'hôpital pour des hémorragies provenant d'une tumeur ulcérée de la partie postérieure du pied droit. La tumeur s'était montrée comme conséquence du développement progressif d'une tache vasculaire. Il existait une dilatation considérable des vaisseaux, du souffle et du thrill le long des artères tibiales. La compression au pli de l'aîne produisit une vive douleur dans le pied et une augmentation considérable de volume de la tumeur et du membre lui-même. Dans ces conditions, Fergusson lia la fémorale au niveau du triangle de Scarpa; il se produisit une hémorragie et une gangrène de la jambe qui nécessitèrent l'amputation. L'autopsie du membre démontra la dilatation énorme de tous les vaisseaux; la tumeur était constituée par des branches volumineuses à disposition aréolaire.

Les faits que nous venons de rappeler s'accordent à démontrer qu'on ne saurait compter sur la ligature des artères à distance dans la cure des anévrysmes cirsoïdes et qu'ici, comme à la main, l'extirpation de la tumeur constitue la méthode de choix.

**Kystes.** — Bien que les petites tumeurs auxquelles on donne improprement le nom de ganglions synoviaux soient infiniment plus rares au pied qu'à la main, elles s'y observent cependant. C'est sur la face dorsale du pied qu'on les ren-

(1) BLUM, *Chirurgie du pied*, p. 507.

(2) POLAND, *The Lancet*, 1866.

(3) NICOLADONI, *Arch. für klin. Chir.*, 1875, p. 711.

contre, soit au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, soit à l'union du cuboïde avec les deux derniers métatarsiens. Ils se développent habituellement aux dépens des synoviales articulaires; on rencontre aussi des kystes d'origine tendineuse. Virchow (1) a décrit un ganglion multiloculaire, siégeant sur le tendon de l'extenseur du deuxième orteil et s'étendant avec des prolongements en cul-de-sac jusqu'au périoste du premier cunéiforme. M. Blum (2) dit avoir ponctionné un kyste du volume d'une grosse noix, situé au niveau de l'extrémité postérieure du 5<sup>e</sup> métatarsien. L'analyse chimique du contenu a démontré qu'il était constitué par de la mucine sensiblement pure. Dans un autre cas, le même chirurgien a rencontré, chez un vieillard de soixante et onze ans, un kyste du volume d'une noisette, siégeant sur la face dorsale de la tête du 1<sup>er</sup> métatarsien. Il était adhérent au tendon extenseur et formé également par de la mucine. Greber (3) a vu un kyste de 2 pouces de long ayant pris naissance dans l'articulation du cuboïde avec les deux derniers métatarsiens.

*Névromes.* — Les névromes du pied sont fort rares; presque tous siègent à la région tibio-tarsienne. Borelli a communiqué, en 1855, à la Société de chirurgie, une observation de névrome du nerf plantaire interne. Il s'agissait d'un enfant de treize ans, qui présentait des accidents choréiques et qui guérit par la résection du nerf. Mais, en l'absence d'examen histologique, on peut, avec le rapporteur de l'observation, M. Marjolin, élever des doutes sur la véritable nature de ces tumeurs. Chez un homme de vingt-huit ans, Dolbeau enleva un fibro-myxome du nerf tibial postérieur; l'autopsie permit de constater deux tumeurs semblables, existant, l'une sur le tronc même du nerf, à 5 centimètres au-dessus, l'autre sur une de ses branches.

*Lipomes.* — S'il existe quelques exemples de lipomes diffus du pied d'origine congénitale, les lipomes circonscrits sont excessivement rares. Sur un garçon de trois ans, Vogt (4) a observé une tuméfaction volumineuse remplissant toute la concavité de la voûte plantaire, depuis la tête des métatarsiens jusqu'au calcaneum. La tumeur avait débuté à l'âge d'un an. C'était un lipome pur, partout entouré d'une membrane limitante. Le malade guérit à la suite de l'extirpation.

Gay (5) a observé, sur un enfant de sept mois, une tumeur congénitale de la plante du pied, dont l'ablation fut suivie de récurrence. La tumeur ayant atteint le volume d'une orange, l'amputation fut pratiquée. Il s'agissait d'un lipome renfermant un peu plus de tissu conjonctif que d'habitude.

Larrey (6) enleva sur une femme de cinquante-cinq ans un fibro-lipome volumineux de la gaine des péroniers latéraux. Dans un cas de Péan, le lipome se prolongeait au-dessus de l'aponévrose plantaire, qu'il fallut diviser pour énucléer sa partie profonde. Demons (de Bordeaux) a enlevé un lipome circonscrit du bord interne du pied, chez une femme de cinquante-cinq ans; la tumeur datait de quinze ans.

*Fibromes.* — M. Péan a eu l'occasion d'enlever une tumeur fibreuse du dos du pied, bien limitée et très mobile. Nous-mêmes, nous avons publié une observation de fibrome double des tendons d'Achille chez un homme de vingt-neuf ans. Les deux tumeurs étaient symétriquement développées et dataient de cinq

(1) VIRCHOW, *Traité des tumeurs*, t. I, p. 198.

(2) BLUM, *Chirurgie du pied*, p. 502.

(3) *Saint-Petersb. med. Zeitschrift*, 1865, p. 40.

(4) VOGT, *Chir. Klinik in Greifswald*, Wien, 1884.

(5) *Transact. pathol. Soc.*, vol. XIV.

(6) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857, p. 154.

ans. Le malade portait en même temps une exostose de la tubérosité antérieure du tibia; mais le traitement spécifique avait complètement échoué (1).

M. Duret (de Lille) a publié (2) un exemple de fibrome éléphantiasique de la plante du pied droit, d'origine congénitale, observé par lui chez un garçon de dix-neuf ans, qui faisait remonter le début de son affection à l'âge de deux ans et demi. La tumeur constituait au pied une sorte de semelle surajoutée, épaisse de deux à trois travers de doigt. Elle était constituée exclusivement de tissus fibreux.

*Papillomes.* — *Épithéliomas.* — Les papillomes peuvent se développer sur les différents points de la surface du pied. A la face dorsale, ils n'offrent pas en général un grand intérêt; mais, à la face plantaire, ils prennent parfois une grande importance, vu l'intensité des douleurs qu'ils déterminent. Ils se présentent généralement sous la forme de tumeurs aplaties, recouvertes d'un épiderme épais, ayant l'apparence d'un durillon; leur face profonde est pourvue de saillies papillaires qui s'enfoncent entre les papilles du derme, lorsqu'on exerce une pression sur la surface externe de la tumeur, et deviennent l'origine de violentes douleurs existant non seulement au point occupé par le néoplasme, mais s'irradiant aux parties voisines, sous la forme de douleurs névralgiques. Le papillome peut revêtir la forme végétante et même se transformer en épithélioma.

Cette transformation est d'autant plus facile à comprendre que l'épithélioma du pied lui-même affecte le plus souvent la forme papillaire. Il est loin d'être fréquent, et se rencontre habituellement chez des personnes âgées. Bastien n'a pu en réunir que 40 cas, dont 7 hommes et 3 femmes, avec un âge moyen de cinquante-trois ans. Le siège le plus fréquent est la face plantaire du pied, et surtout la région du talon. Sur 16 cas, Dubertrand en compte 10 à la région plantaire. Toutes les causes d'irritation, les pressions, les contusions habituelles, la malpropreté, peuvent être regardées comme autant de causes de l'affection; aussi se montre-t-elle assez souvent à la suite d'un traumatisme, sur un tissu de cicatrice, qu'il s'agisse d'une brûlure ou de toute autre perte de substance. Pick rapporte un cas d'épithélioma survenu sur le bord externe d'un pied varus équin chez un vieillard. Meissner a vu un épithélioma de la plante du pied chez un homme de quarante ans, qui avait eu les pieds gelés vingt ans auparavant. Chalk dut amputer les deux membres inférieurs d'un malade atteint d'un double épithélioma, développé sur un oignon suppuré.

M. Blum (3) rapporte un fait intéressant; c'est celui d'un homme qui présentait des taches de psoriasis au côté interne du pied droit et de la cuisse. Cet homme portait, au milieu du 5<sup>e</sup> métatarsien, un papillome isolé de la grandeur d'une pièce d'un franc. Un épithélioma papillaire isolé occupait toute la face externe du pied, depuis la malléole jusqu'au tiers postérieur du 5<sup>e</sup> métatarsien. L'épithélioma du pied débute toujours dans l'épaisseur de la peau. Il se caractérise à l'origine par une hypertrophie des papilles; dans quelques cas, des squames épidermiques épaisses s'accumulent à la surface de la tumeur. Quel qu'ait été le mode de début, au bout d'un certain temps, il se forme une ulcération, dont les bords sont durs, taillés à pic, en même temps que survient l'engorgement des ganglions inguinaux.

Le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés. La marche envahissante

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1884, t. I, p. 100.

(2) DURET (de Lille), *Congrès franc. de chir.*, 1896, p. 858.

(3) BLUM, *Chirurgie du pied*, p. 540.

distingue l'épithélioma du papillome; l'irrégularité des bords, leur induration, leur gonflement permettent de différencier les ulcérations épithéliales des ulcérations simples. C'est encore l'induration des bords, la végétation des parties avoisinant l'ulcère, qui distingueront l'épithélioma des diverses variétés d'ulcérations syphilitiques.

La marche est très variable, mais le pronostic est toujours grave, vu la terminaison par généralisation.

*Sarcomes.* — Les sarcomes cutanés du pied sont moins fréquents que l'épithélioma; mais ils ont la plus grande tendance à revêtir la forme mélanique et présentent un pronostic d'une excessive gravité. Sous le nom de sarcome pigmentaire cutané, Hebra décrit une affection caractérisée par des nodosités du volume d'un grain de blé, d'un pois ou même d'une noisette, colorées en rouge brun ou violacées. Tantôt elles sont isolées, tantôt elles se réunissent et forment des plaques dont le centre s'affaisse et laisse une dépression cicatricielle colorée par un pigment foncé. L'ulcération et l'envahissement ganglionnaire ne surviennent que tardivement. Le début a lieu au niveau des pieds, mais des tumeurs semblables se montrent aux mains et sur différents points du corps et la généralisation entraîne la mort en l'espace de deux ou trois années. La multiplicité des tumeurs et leur coloration pigmentaire contre-indiquent toute espèce d'intervention chirurgicale.

Un exemple de mélano-sarcome du pied avec généralisation au cerveau a été publié par M. Ozenne. Il s'agit d'une malade du service de M. Polaillon, âgée de vingt-sept ans, portant, au niveau du 1<sup>er</sup> métatarsien du côté droit, une tumeur du volume d'une grosse noix. Développée aux dépens de la peau, mobile sur l'os sous-jacent, cette tumeur présentait une ulcération arrondie, de la largeur d'une pièce d'un franc, bourgeonnante, noirâtre, à fond inégal et entourée d'un bourrelet cutané, induré; autour de cette tumeur, se voyaient plusieurs nodosités, arrondies, du volume d'une noisette, mobiles et développées sous la peau, dont l'amincissement et la transparence permettaient de reconnaître la couleur noire. A l'autopsie, on trouva plusieurs tumeurs de même nature, développées dans l'épaisseur de l'encéphale. Le microscope permit de s'assurer qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique (1).

Le sarcome peut également se développer dans les couches plus profondes du pied. Nélaton a eu l'occasion de pratiquer sur un enfant d'un an l'amputation de la jambe pour un sarcome du volume du poing, occupant toute la face plantaire, et siégeant dans les tissus sous-cutanés et les muscles.

Le sarcome peut avoir pour point de départ les gaines tendineuses; tel est le cas de Le Fort, cité par Blum, et relatif à un sarcome de la gaine des péroniers latéraux.

Tels sont encore les 3 cas suivants, rapportés par Eichhorst (2) :

Une femme de trente-six ans avait été blessée dix ans auparavant par un clou qui avait pénétré dans la plante du pied. Il se forma chez elle, au niveau du scaphoïde, une tumeur à marche rapidement envahissante. Les douleurs devinrent violentes; le pied rouge, œdématié, la face plantaire effacée. La tumeur était fluctuante, mais une incision démontra l'absence de pus, et l'on dut pratiquer l'amputation de la cuisse.

(1) OZENNE, *Mélano-sarcome du pied; généralisation.* Bull. d. la Soc. anat., mars 1880, p. 176.

(2) EICHHORST, *Dissert. inaug.* Halle, 1876.

A l'autopsie du membre, on trouva, du côté de la plante du pied, une tumeur du volume du poing qui englobait les tendons du long fléchisseur. Elle avait envahi l'aponévrose plantaire, les ligaments interosseux et dorsaux, et avait pénétré dans plusieurs articulations. Il s'agissait d'un mélano-sarcome fasciculé.

Dans un second cas, il s'agissait d'une femme de cinquante ans, qui portait, depuis trente ans, sur le bord interne du pied, une tumeur sensible au moindre choc. Elle augmenta subitement de volume à la suite d'un traumatisme. Elle était située dans la région du premier cunéiforme, fluctuante et recouverte d'une peau saine. On pratiqua l'amputation de Pirogoff, et l'on put constater que la tumeur englobait le tendon du long extenseur du gros orteil et adhérait au premier cunéiforme. Il s'agissait d'un sarcome fasciculé.

Le troisième cas d'Eichhorst est relatif à une jeune fille de quinze ans, qui avait eu le pied écrasé trois ans auparavant. Il s'était formé une tumeur qui avait envahi tout le dos du pied, et qui se sphacéla. L'amputation permit de constater qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé partant du tendon du tibial antérieur. Dans un cas de sarcome fuso-cellulaire à petites cellules, communiqué par M. Leclerc à la Société anatomique (1), on avait pratiqué d'abord sur la tumeur une incision, croyant à un abcès. Il en avait été de même dans le fait rapporté par M. Blum (2). Il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans, qui, quatorze ans auparavant, avait vu survenir sans cause apparente un gonflement du pied droit. Chez lui, la face plantaire du pied était saillante et remplie par une tumeur mal limitée, s'étendant en arrière jusqu'à deux travers de doigt de l'extrémité postérieure du talon, en avant jusqu'au milieu du métatarse. La fluctuation était manifeste, une ponction exploratrice ramena au bout du trocart une matière molle, rouge, que l'examen microscopique montra être du sarcome. Après l'amputation, on constata que la tumeur s'était développée entre les muscles superficiels et profonds de la plante du pied, n'adhérant ni aux os, ni aux tendons; il s'agissait d'un sarcome fasciculé.

Le diagnostic de semblables tumeurs présente souvent au début de sérieuses difficultés. Déjà Bégin avait fait remarquer que, dans un certain nombre de cas, les sarcomes peuvent avoir une marche extrêmement lente et être confondus avec les tumeurs fongueuses des articulations. Il est encore une autre circonstance qui rend très difficile le diagnostic, c'est l'épaisseur de la peau, doublée du pannicule adipeux sous-cutané, et la présence de l'aponévrose plantaire qui, bridant le néoplasme, rend difficile l'appréciation de ses caractères. Il est rare cependant que les affections fongueuses se prolongent pendant longtemps sans donner naissance à de la suppuration et à des trajets fistuleux. D'autre part, la marche dans les sarcomes est moins régulière que dans les affections fongueuses. Souvent le néoplasme reste pendant de longues années sans acquérir un grand volume et sans causer de troubles très marqués, lorsque tout d'un coup il prend un développement considérable. Au reste, la ponction exploratrice et même l'incision directe pratiquée au-devant de la tumeur s'imposent comme une absolue nécessité dans les cas douteux, surtout lorsqu'il s'agit d'une décision aussi grave à prendre que celle que nécessitent les sarcomes. Le seul traitement qui leur convienne est en effet l'amputation; encore celle-ci doit-elle être pra-

(1) LECLERC, *Sarcome de la voûte plantaire.* Bull. de la Soc. anat., 7 nov. 1879, p. 619.

(2) BLUM, *Chirurgie du pied*, p. 354, et JARDET, *Sarcome de la plante du pied.* Bull. de la Soc. anat., 15 oct. 1882, p. 429.