

IX

TUMEURS DE LA PEAU

Nous avons décrit, lors de notre étude générale des tumeurs, les *fibromes*, et en particulier le *molluscum* vrai, les *sarcomes*, les *lipomes*, les *myxomes*, les *épithéliomas*, les *lymphadénomes*, les *carcinomes*; nous n'y reviendrons pas, et dirons un mot seulement de certaines taches pigmentaires qui évoluent pour leur propre compte, ou se développent avec un angiome qu'elles recouvrent. Elles tirent un grand intérêt chirurgical de leur transformation possible en cancer mélanique.

Nævus pigmentaire. — Il a été vu sur toutes les régions de la peau, sauf peut-être au cuir chevelu; le visage, la nuque, le dos et les lombes, les fesses en sont surtout atteints; on l'a observé sur les lèvres. Il peut ne constituer, sur les téguments, qu'une tache noire, à peine visible, lisse, plane, à contours précis; d'autres fois il est diffus, brun, noir ou sépia, et forme un relief saillant, irrégulier, rugueux, mamelonné, couvert de poils raides et durs. L'examen histologique démontre l'existence de granulations pigmentaires, tantôt infiltrées dans le réseau muqueux de Malpighi, tantôt dans la trame du derme et les éléments des papilles. Il n'est pas rare de constater la dilatation et l'hyperplasie du réseau capillaire, et toutes les lésions d'une tumeur érectile.

Le plus souvent, ces tumeurs restent stationnaires; telles elles étaient au moment de la naissance, telles elles sont à l'âge adulte. Elles deviennent parfois le siège d'un prurit intense, d'une vive démangeaison, de douleurs, d'irradiations spontanées; le néoplasme s'accroît, s'infiltré dans les téguments voisins. Cette augmentation de volume peut se faire d'une manière insidieuse et sans signes prémonitoires: le nævus progresse, s'étend, change de nature, et l'on peut reconnaître les signes d'un épithélioma ou d'un carcinome mélanique à marche rapide; la peau s'ulcère, les ganglions s'engorgent et la généralisation est à redouter. Si le chirurgien observe quelqu'un de ces signes, qu'il se hâte d'extirper le nævus! Le bistouri est le moyen le plus rapide et le plus sûr.

Pilliet explique ces dégénérescences par l'existence, dans ces nævi et dans les *molluscums*, d'une infiltration des papilles du derme: des traînées de cellules rondes les encombrant et suivent les vaisseaux. Ces éléments se développent aux dépens de la couche endothéliale et de l'adventice des capillaires; leur prolifération donne naissance à des masses qui ont quelque analogie avec les amas sarcomateux.

X

AFFECTIONS DES ONGLES

Les ongles et leur matrice peuvent être le siège d'un grand nombre d'affections chirurgicales, traumatismes de toutes sortes, inflammations et ulcérations, troubles nutritifs, difformités. Les traumatismes seront décrits avec les lésions des doigts et des orteils; les inflammations aiguës se confondent avec la description des diverses variétés de panaris. Aussi ne parlerons-nous que des *hypertrophies* et des inflammations chroniques ulcéreuses, *onyxis latérale* et *rétrouguéale*, *onyxis syphilitique* et *scrofuleuse*.

Onyxis latérale. — L'onyxis latérale ou *ongle incarné* se caractérise par la pénétration du rebord de l'ongle dans la gouttière unguéale, qui s'ulcère et devient le siège d'un bourgeonnement fongueux et suppurant.

Cette affection atteint le gros orteil, et d'ordinaire son côté externe. Elle se rencontre surtout, comme l'a montré Gosselin, de quinze à vingt-trois ans, ce qui s'explique par les modifications que la croissance apporte dans les dimensions relatives de l'ongle et des parties molles; à cet âge le pied grandit, et peut se déformer dans une chaussure mal faite ou devenue trop courte. Elle est plus fréquente chez les garçons, qui prennent de leurs pieds moins de soin que les filles. Les influences constitutionnelles paraissent incontestables: les chairs des lymphatiques sont plus facilement entamées. Verneuil incrimine le diabète; il a vu plusieurs faits où l'onyxis latérale avait cette origine. D'après Boyer, la façon de se tailler les ongles n'est pas innocente: les couper en rond, c'est favoriser l'ulcération de la

rainure, qui, non soutenue en avant et en dehors, se relève et recouvre la partie antérieure du bord unguéal.

Les véritables causes d'incarnation tiennent à l'ongle lui-même et à la chaussure. Lorsque l'ongle est petit, mince et plat, il soutient mal la pulpe digitale, qui, refoulée par la pression du sol, remonte et déborde l'ongle; lorsque l'ongle est épais, dur, incurvé, il peut déterminer l'incarnation; c'est lui qui marche à la rencontre des chairs, tandis que, dans le cas précédent, ce sont les chairs qui vont à la rencontre de l'ongle. L'action de la chaussure est évidente, et Dionis remarquait que les carmes déchaux n'ont point d'ongle incarné. On accuse les bottines étroites et pointues, les souliers larges, grossiers, carrés du bout; Le Dentu démontre que les unes et les autres ont leur inconvénient quand l'adaptation au pied n'est pas exacte.

Voici comment s'exerce cette influence: le gros orteil, emprisonné dans le soulier, a ses chairs refoulées en dedans par l'empêche de la chaussure, en dehors par le second doigt contre lequel elles s'aplatissent en bas, par la semelle qui transmet la pression du sol; elles sont donc chassées en haut, où elles rencontrent le bord incurvé de l'ongle, qui ulcère la rainure. Le chevauchement si fréquent du gros orteil sur le deuxième explique, comme l'a montré Le Fort, l'incarnation du bord externe, dont les parties molles sont refoulées en haut. Sur 54 cas, Gosselin a observé 47 fois l'incarnation externe, 3 fois l'interne, et 4 fois l'interne et l'externe simultanément. Les onyxis des autres orteils, et surtout celle des doigts, diffèrent par des caractères importants de l'onyxis latérale du gros orteil. Nous en dirons autant de l'onyxis rétro-unguéale, qui a pour origine un traumatisme, la présence d'un corps étranger, une suppuration, une diathèse; la scrofule et la syphilis peuvent provoquer son apparition.

L'ongle incarné se révèle par une douleur de l'orteil sous la pression de la chaussure; la souffrance s'exaspère pendant la marche et devient assez intense pour nécessiter le repos. On constate un gonflement de la gouttière unguéale, de la rougeur, un œdème inflammatoire; un abcès s'ouvre, et livre passage à une petite quantité de pus; il suinte entre l'ongle et le rebord de la matrice, ou s'accumule entre l'ongle et le derme; la lame cornée se décolle. La perte de substance ne se cicatrise pas; des bourgeons charnus s'élèvent de la profondeur et forment un bourrelet exubérant qui empiète sur l'ongle et augmente d'autant son incarnation; sa surface peut dispa-

raitre lorsque la lésion est bilatérale; les fongosités se rejoignent vers la ligne médiane. Des poussées inflammatoires augmentent le décollement, ramollissent et amincissent la lame cornée, devenue friable; du foyer ulcéré partent des traînées de lymphangite qui remontent vers la racine du membre; l'orteil œdématisé augmente de volume, se déforme, s'aplatit et prend l'aspect d'une spatule.

Certaines précautions pourront conjurer l'incarnation: une propreté rigoureuse, des bains fréquents, la section carrée de l'ongle, et surtout des chaussures bien faites sont parmi les plus importantes. L'onyxis latérale existant déjà, si elle est peu prononcée et si les malades ont le loisir de soigner l'affection commençante, on obtiendra la guérison en interposant à l'ongle et à son bourrelet cutané un peu de charpie ou de coton qu'on refoule, avec une spatule, aussi loin qu'on le peut, jusqu'aux limites de l'ulcération; les chairs sont repoussées en bas tandis que la lame cornée est relevée. Cette pratique a évité bien des opérations.

Celles-ci sont nombreuses. — Velpeau en a compté plus de 100 — Nous ne signalerons que les plus usuelles, et d'abord l'*extirpation*. Elle peut se faire en introduisant une spatule sous la racine de l'ongle, entre lui et la matrice: la lame cornée soulevée est arrachée d'arrière en avant. Dupuytren, au contraire, introduit à plat, d'avant en arrière, l'une des branches de forts ciseaux; il la relève et fend l'ongle, dont chacune des deux moitiés est extirpée à l'aide de pinces à larges mors; mais l'ongle repousse, et si de grandes précautions ne sont prises, l'incarnation se reproduira avec la croissance de la nouvelle lame cornée. Il est plus sûr de détruire à la fois l'ongle et la matrice qui le produit. Follin, par deux incisions antéro-postérieures faites, l'une en dehors du bourrelet fongueux, l'autre en plein ongle et par deux incisions transversales, la première à 4 ou 5 millimètres en arrière de la racine unguéale, la seconde en avant de son rebord antérieur, isole un quadrilatère qui comprend le bourrelet fongueux, une lanière d'ongle et le derme; ces tissus sont excisés; la lame cornée, privée en ce point de sa matrice, ne saurait reproduire la plaque enlevée, et la récurrence n'est plus à craindre. Dans ces douloureuses interventions, l'anesthésie locale est indiquée: la cocaïne, quelques pulvérisations d'éther ou un mélange de glace et de sel marin provoqueront une insensibilité rapide, surtout si l'on a eu soin d'ischémier les parties par la bande d'Esmarch.

Lorsque l'onyx est bilatérale, il faut recourir à l'abrasion totale de la matrice. Cependant, comme sa région postérieure qui correspond à la lunule, sécrète seule la substance cornée, on peut avoir recours au procédé de Quénu : après anesthésie locale et arrachement de l'ongle, ce chirurgien pratique une incision transversale en avant de la lunule, ou, mieux, tangente au point le plus antérieur de l'arc de cercle que dessine cette lunule; sur les côtés, l'incision transversale dépasse les bourrelets fongueux et ne s'arrête qu'en peau saine; chacune des extrémités de cette incision est le point de départ d'une incision antéro-postérieure longue de 20 à 22 millimètres et qui atteint l'articulation des phalanges entre elles. Ces trois incisions circonscrivent un lambeau qu'on dissèque jusqu'à son insertion postérieure. Ce lambeau comprend le derme de la lunule et de la gouttière rétro-unguéale, puis les téguments de la face dorsale de la phalange. D'un coup de ciseaux on résèque la portion antérieure de ce lambeau, celle qui forme la partie postérieure du lit de l'ongle, et voici quel est l'aspect de la région : d'avant en arrière on trouve le derme unguéal intact jusqu'à la lunule, une perte de substance qui correspond à la lunule et au derme de la gouttière rétro-unguéale, enfin un lambeau de peau flottante qu'il suffit de faire glisser, par la traction qu'exercent deux crins de Florence, jusqu'au contact du derme unguéal respecté; la perte de substance se trouve comblée, et une réunion primitive peut être obtenue.

Onyxis syphilitique. — C'est un accident secondaire de la vérole. Fournier en a décrit trois variétés : la *sèche*, qui est *squameuse* ou *cornée*, l'*inflammatoire* et l'*ulcéreuse*. La sèche et l'inflammatoire, sans importance, sont caractérisées, la première par une syphilide papulo-squameuse du sillon unguéal, ou par un épaissement de l'épiderme, un durillon indolore, la seconde, par une tuméfaction et une rougeur de la matrice de l'ongle et surtout de ses bords. Souvent l'une et l'autre sont un mode de début de la forme ulcéreuse.

Lorsque l'onyxis *ulcéreuse syphilitique* succède aux formes sèches et inflammatoires, les squames, les pellicules épidermiques, les bourrelets œdémateux péri-unguéaux s'ulcèrent sous l'influence de causes extérieures, frottements répétés, marches, chaussures mal

faites, irritations de toute sorte; lorsqu'elle est primitive, c'est d'emblée que se développe, aux mains et sur plusieurs doigts, particulièrement au pied et au gros orteil, une perte de substance fongueuse, irrégulière, ecchymotique et d'où suinte une sérosité sanguinolente ou du pus mal lié. Le sillon ulcéreux et le bourrelet qui le surplombe font le tour de l'ongle dont la lame est décollée, amincie, soulevée par les bourgeons et les liquides sécrétés; aussi ne tarde-t-elle pas à tomber, laissant à nu une surface déchiquetée qui bourgeonne en un champignon exubérant; une zone rouge, violacée, vineuse ou cuivrée forme une aréole en dehors et envahit la phalange. Les douleurs sont vives; la marche les exaspère. Les lésions n'atteignent pas toujours ce degré; la matrice est moins endommagée, elle n'est pas détruite jusqu'au périoste. Dans ce cas une portion de l'ongle tend à se reformer. Le traitement est simple : l'iodure de potassium et le mercure seront administrés, et l'on appliquera sur la région des bandelettes de Vigo.

Onyxis scrofulense. — C'est l'ancienne *onglade maligne*. Elle se développe sur plusieurs doigts ou plusieurs orteils; elle atteint surtout les enfants et les adolescents et succède aux froidures, aux inflammations péri-unguéales, aux tournoies. Les pertes de substance que ces affections provoquent ne se cicatrisent pas; leurs bords deviennent bleuâtres, minces; ils se décollent sur le pourtour de la lame cornée, puis des bourgeons mollasses s'élèvent du fond de l'ulcère; l'ongle est ramolli, noirâtre, il s'ébranle, tombe, laissant à nu la matrice, parfois détruite jusqu'à l'os. L'évolution de cette onyxis est lente; la lésion s'accroît ou reste stationnaire, mais la guérison spontanée ne s'observe guère; il faudra remonter l'état général par un traitement antiscrofuléux, puis cautériser ou gratter les fongosités et recouvrir la plaie par un pansement occlusif avec les bandelettes de Vigo.

Hypertrophie des ongles. — Cette affection, nommée encore *onychogrypose*, a été étudiée par Follin, qui en décrit quatre variétés : dans la première, l'ongle épais prend la forme d'un cône à base antérieure constituée par un amas de lames épidermiques sèches, cassantes et dont les couches stratifiées sont dissociables; Virchow a signalé la présence de champignons au milieu des cellules qui les composent. Dans la deuxième, l'ongle est semblable à une

masse cubique régulière ou recourbée en arrière. Dans la troisième, qu'on observe sur le gros orteil des vieillards, l'ongle ressemble à une griffe, à une corne; il est contourné en spirale et son extrémité libre, recourbée, pénètre dans la pulpe digitale. Enfin, dans la quatrième, la surface de l'ongle est parcourue de bourrelets curvilignes et transversaux. Ces hypertrophies succèdent au traumatisme, aux inflammations; parfois on ne trouve aucune cause pour en expliquer le développement. Les enfants et les adultes en sont atteints, ceux-ci plus fréquemment. L'affection s'accompagne de lésions de la matrice, inégale, épaissie, à papilles hypertrophiées, ecchymotiques, ou amincie, anémiée; l'atrophie peut gagner jusqu'à la phalange. L'onychogrypose est gênante, mais non douloureuse. On prévient son apparition en évitant les causes d'irritation du derme sous-unguéal; mais lorsque l'hypertrophie s'est déclarée, on enlève les parties exubérantes de l'ongle, si l'on n'est pas forcé de l'extirper tout entier.

CHAPITRE II

AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE

Nous ne parlerons point des affections *traumatiques* du tissu cellulaire, contusions, plaies de toute sorte : leur étude a été faite dans la première partie de ce livre. Nous commencerons donc par la description des inflammations; encore laisserons-nous de côté le *phlegmon* simple, *inflammation circonscrite* du tissu cellulaire sous-cutané dont l'histoire se trouve dans notre premier chapitre à propos de *l'inflammation en général* et de *l'abcès chaud*.

I

PHLEGMON DIFFUS.

Le *phlegmon diffus* est l'inflammation non circonscrite du tissu cellulaire; elle est caractérisée par la tendance à l'envahissement et à la mortification des couches lamelleuses voisines.

Cette affection, nommée encore *érysipèle gangréneux*, *érysipèle phlegmoneux*, *phlegmon érysipélateux*, *inflammation cellulaire diffuse*, *œdème aigu purulent*, *pseudo-érysipèle*, *diphthérie interstitielle*, est trop fréquente pour ne pas avoir été observée de tout temps, mais elle était confondue avec les gangrènes, les érysipèles, les lymphangites et les phlébites. Au commencement de ce siècle, en Angleterre surtout, le phlegmon est bien isolé. Hutchinson en 1814, Coles en 1822, Duncan en 1824, en donnent des descriptions excellentes; en France, Dupuytren, Bécлар et son élève Ch. Fournier le font entrer définitivement dans le cadre nosologique. Chassaignac, en 1856, en multiplie trop les variétés, mais ses recherches sont remarquables. Plus récemment, Lordereau et Cadiat en ont suivi de près l'anatomie pathologique; aujourd'hui les études bactériologiques en ont fixé la pathogénie.

Anatomie pathologique. — Les lésions du phlegmon diffus se caractérisent par une exsudation séro-fibrineuse abondante qui dissocie les réseaux sanguins et les faisceaux du tissu conjonctif; c'est un véritable œdème inflammatoire dont la coloration ambrée, opaline, rosée rappelle la pulpe d'orange ou la gelée de groseille. Bientôt il perd sa transparence, devient jaune ou verdâtre et l'examen microscopique démontre, autour des capillaires, un manchon de leucocytes dont la masse s'accroît; aux globules blancs se mêlent des hématies, et leur dépôt s'augmente des cellules proliférées des travées conjonctives. A ce moment l'aspect des tissus a changé; ils sont infiltrés d'une substance opaque, poisseuse, adhérente, concrète, étalée sur les aponévroses et sur les muscles, en couches épaisses qui ne peuvent être détachées que par le raclage; cette matière se fluidifie et du pus, bien lié et louable, ou ichoreux et fétide, s'étend en larges nappes, s'accumule en certains points, s'insinue dans tous les interstices. Il baigne des lambeaux de tissu cellulaire mortifiés semblables à de l'étope, de la filasse, des écheveaux de fil détremés, de la peau de chamois mouillée, selon les comparaisons habituelles.

La suppuration soulève les téguments dont la face profonde s'ulcère; des pertuis se font, séparés par des ponts de peau saine qui se détruisent : de vastes pertes de substance, ayant pour origine la chute de plaques de gangrène, livrent passage au pus et aux lambeaux sphacelés. Au fond du foyer on aperçoit des débris d'aponé-