

## X

## TUMEURS DE LA PEAU.

Nous avons déjà décrit, lors de notre étude générale des tumeurs, les *fibromes*, et en particulier le *molluscum* vrai, néoplasme spécial à la peau, les *sarcomes*, les *lipomes*, les *myxomes*, les *épithéliomas*, les *lymphadénomes*, les *carcinomes*; nous n'y reviendrons pas ici, et dirons un mot seulement de certaines taches pigmentaires qui évoluent pour leur propre compte, ou parfois se développent simultanément 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 parfois 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 couleur sépia, et forme un relief saillant, irrégulier, rugueux, mamelonné, couvert de poils raides et durs. L'examen histologique démontre l'existence de granulations pigmentaires abondantes, 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, en même temps, 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. Malheureusement 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 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 largement le nævus dégénéré. Le bistouri est le moyen le plus rapide et le plus sûr.

## XI

## 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. Mais 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 ici que des *hypertrophies* et des inflammations chroniques ulcéreuses, *onyxis latérale* et *rétro-unguéale*, *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 presque exclusivement 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 beaucoup 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 aussi 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 toujours 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 pendant la marche ou la station, remonte et déborde l'ongle de tous côtés; lorsque l'ongle est épais, dur, fortement incurvé, il peut aussi déterminer l'incarnation; c'est lui qui marche alors 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 plus évidente encore, et Dionis remarquait déjà que les carmes déchaux n'ont point d'ongle incarné; mais si l'on est unanime pour admettre cette influence, les uns accusent les bottines étroites et pointues, les autres 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'empaigne 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 peu à peu ulcère la rainure. Le chevauchement si fréquent du gros orteil sur le deuxième explique fort bien, comme l'a montré Le Fort, l'incarnation du bord externe, dont les parties molles sont directement refoulées en haut; on sait en effet que sur cinquante-quatre cas, Gosselin a observé quarante-sept fois l'incarnation externe, trois fois l'interne et quatre fois l'interne et l'externe simultanément. Les onyxis des autres orteils, et surtout celle des doigts, diffèrent par des caractères très importants de l'onyxis latérale du gros orteil. Nous en dirons autant de l'onyxis rétro-unguéale, qui a presque toujours pour origine un traumatisme, la présence d'un corps étranger, une suppuration, une diathèse; la scrofule et la syphilis peuvent encore provoquer son apparition.

L'ongle incarné se révèle d'abord par une vive 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 se forme qui s'ouvre, et livre passage à une petite quantité de pus fétide; 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. Du reste la perte de substance ne se cicatrise pas; des bourgeons charnus s'élèvent de la profondeur et forment un bour-

relet exubérant qui empiète sur l'ongle et augmente d'autant son incarnation; sa surface peut même entièrement disparaître lorsque la lésion est bilatérale; les fongosités se rejoignent vers la ligne médiane. De temps en temps se font des poussées inflammatoires nouvelles qui augmentent le décollement, ramollissent et amincissent la lame cornée, devenue extrêmement friable; parfois du foyer ulcéré partent des traînées de lymphangite qui remontent vers la racine du membre; l'orteil œdématié 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 ainsi repoussées en bas tandis que la lame cornée est relevée. Cette pratique attentive et prolongée a évité bien des opérations.

Celles-ci sont fort nombreuses. — Velpeau en a compté plus de cent. — 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 est ainsi soulevée et 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.

Ces opérations réussissent tout d'abord, 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. D'habitude on ne pratique qu'une ablation partielle : à l'exemple de Follin, on isole 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, un quadrilatère qui comprend par conséquent le bourrelet fongueux, une lanière d'ongle et le derme; ces tissus sont excisés avec le plus



grand soin; la lame cornée, privée en ce point de sa matrice, ne saurait reproduire la plaque enlevée, et la récidive n'est plus à craindre. Dans toutes ces interventions, fort douloureuses, l'anesthésie locale est indiquée : quelques pulvérisations d'éther et un mélange de glace et de sel marin provoqueront une insensibilité rapide, surtout si l'on a eu soin, au préalable, d'ischémier les parties par l'application de la bande d'Esmarch.

Lorsque l'onyx est bilatérale, il faut recourir à l'abrasion totale de la matrice. Cependant, comme sa région postérieure seule, la portion qui correspond à la lunule, sécrète la substance cornée, on peut avoir recours au procédé autoplastique préconisé par Quénu : après anesthésie générale ou locale et arrachement de l'ongle, il pratique une incision transversale en avant de la lunule, ou, pour mieux dire, 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 l'incision transversale est le point de départ d'une incision antéro-postérieure d'une longueur de 20 à 22 millimètres environ, et qui atteint ou dépasse l'articulation des phalanges entre elles. Ces trois incisions circonscrivent un lambeau que l'on dissèque jusqu'à son insertion postérieure. Ce lambeau comprend tout le derme de la lunule et de la gouttière rétro-unguéale, puis les téguments de la face dorsale de la phalangette. D'un coup de ciseaux ou d'un coup de bistouri on résèque la portion antérieure de ce lambeau, celle qui forme la partie postérieure du lit de l'ongle, et voici quel est alors l'aspect de la région : en allant d'avant en arrière on trouve d'abord le derme unguéal, privé de son ongle, mais intact jusqu'à la lunule; ensuite une perte de substance qui correspond à la lunule et au derme de la gouttière rétro-unguéale enlevé, enfin un lambeau de peau flottante. Il suffit alors de faire glisser, par la traction qu'exercent deux points au crin de Florence, le lambeau de cette peau flottante et élastique jusqu'au contact du derme unguéal respecté; la perte de substance est ainsi comblée, et une réunion primitive peut être obtenue.

**Onyx syphilitique.** — C'est un accident secondaire de la vérole. Fournier en a décrit trois variétés : la *sèche*, qui comprend elle-même la forme *squameuse* et la forme *cornée*, l'*inflammatoire*

et l'*ulcéreuse*. La sèche et l'inflammatoire sont sans grande importance et caractérisées, la première par une syphilide papulo-squameuse du sillon unguéal ou par un épaissement de l'épiderme, une sorte de 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 ne sont qu'un mode de début de la forme ulcéreuse, la seule sur laquelle nous voulions insister.

Lorsque l'onyx ulcéreuse syphilitique succède aux formes sèches et inflammatoires, les squames, les pellicules épidermiques, les bourrelets œdémateux péri-unguéaux s'ulcèrent sous l'influence de quelque cause extérieure, frottements répétés, marches excessives, chaussures mal faites, irritations de toute sorte; lorsqu'elle est primitive, c'est d'emblée que se développe, aux mains et souvent sur plusieurs doigts, mais 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 parfois 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 et se transforme en un champignon exubérant; une zone rouge, violacée, vineuse ou cuivrée forme une aréole en dehors et envahit parfois la phalange tout entière. Les douleurs sont vives; la marche les exaspère. Les lésions n'atteignent pas toujours ce degré; la matrice est moins profondément endommagée, elle n'est pas détruite jusqu'au périoste. Dans ce cas une portion de l'ongle tend à se reformer. Le traitement est des plus simples : l'iodure de potassium et le mercure seront administrés d'une manière suivie, et l'on appliquera sur la région malade des bandelettes de Vigo.

**Onyx scrofuleuse.** — C'est l'ancienne *onglade maligne*. Elle se développe simultanément sur plusieurs doigts ou plusieurs orteils; elle atteint surtout les enfants et les adolescents et succède aux froidures, aux inflammations péri-unguéales, aux tournioles. Les pertes de substance que ces affections provoquent ne se cicatrisent pas; leurs bords deviennent bleuâtres, minces; ils se décollent sur tout le pourtour de la lame cornée, puis des bourgeons moulus s'élèvent du fond de l'ulcère; l'ongle est ramolli, noirâtre, il s'é-



branle, il tombe, laissant à nu la matrice parfois détruite jusqu'à l'os. L'évolution de cette onyxie est des plus lentes; la lésion s'accroît ou reste stationnaire, mais la guérison spontanée ne s'observe guère; il faudra remonter l'état général par un traitement antisérofuleux énergique, puis abraser, 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 bien étudiée par Follin, qui en décrit quatre variétés : dans la première, l'ongle épaissi prend la forme d'un cône à base antérieure constituée par un amas de lames épidermiques sèches, cassantes et dont les couches stratifiées sont facilement 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 à peu près régulière ou légèrement recourbée en arrière. Dans la troisième, qu'on observe d'habitude sur le gros orteil des vieillards, l'ongle ressemble à une griffe, à une corne; il est parfois 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 en général au traumatisme, aux inflammations; parfois on ne trouve aucune cause satisfaisante pour en expliquer le développement. Les enfants et les adultes en sont atteints, ceux-ci beaucoup plus fréquemment. En tout cas l'affection s'accompagne de lésions de la matrice unguéale, inégale, épaissie, à papilles hypertrophiées, ecchymotiques, ou bien au contraire amincies, anémiées; l'atrophie peut gagner jusqu'à la phalange. L'onychogrypose est gênante et laide, 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 avec une petite scie, des pinces, une lime, des ciseaux, les parties exubérantes de l'ongle, si l'on n'a pas été forcé de l'extirper tout entier.

## CHAPITRE II

## AFFECTION DU TISSU CELLULAIRE.

Nous ne parlerons point ici des affections *traumatiques* du tissu cellulaire, contusions, plaies de toute sorte et de toute nature : leur étude a déjà été faite dans la première partie de ce livre, et il est inutile d'y revenir. Nous commencerons donc par la description des inflammations; encore laisserons-nous de côté le *phlegmon* simple, dont l'histoire se trouve dans notre premier chapitre.

## 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 volontiers 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. Chassaingnac, en 1856, en multiplie les variétés, un peu trop, peut-être, mais ses recherches n'en sont pas moins fort remarquables. Plus récemment, Lordereau et Cadiat en ont suivi de près l'anatomie pathologique; aujourd'hui la pathogénie en est surtout explorée et l'on se demande si le phlegmon n'est pas le résultat de la pullulation d'un microbe spécial.