

§ 3. — Hydrosadénite

SYNONYMES. — Abscess tubéreux (VELPEAU). — Abscess sudoripares (VERNEUIL)

Définition. Sièges. — Sous cette dernière dénomination, VERNEUIL décrit de petits abscess sous-dermiques, dont il place le siège dans les glandes sudoripares, et auxquels leur forme avait fait donner par VELPEAU le nom d'abscess tubéreux. Cette dénomination nous semble préférable; elle ne laisse rien préjuger du siège anatomique de la maladie dont la localisation dans les glandes sudoripares ne paraît pas suffisamment démontrée. C'est cependant dans les régions où ces glandes sont le plus abondantes, là où elles acquièrent leur développement le plus considérable que ces petites collections purulentes se rencontrent de préférence. Leurs sièges principaux sont : l'aisselle, la marge de l'anus, l'aréole du mamelon, le périnée, le scrotum, le conduit auditif externe; on les trouve même parfois sur les membres (VERNEUIL). La tumeur, toujours sous-cutanée, progresse de dedans en dehors.

Étiologie. — Toutes les causes qui déterminent une irritation du côté des téguments, la malpropreté, les frottements, les applications irritantes peuvent être l'origine de l'apparition de l'hydrosadénite; ces causes agiraient surtout chez les herpétiques (VERNEUIL). Le fait s'explique par le prurit qui accompagne presque constamment les irritations de la peau chez ces sujets; ce prurit les force à se gratter et augmente encore l'irritation des tissus.

Symptômes. — Il est difficile de tracer un tableau clinique qui réunisse les principaux caractères de ces abscess, car leur aspect varie suivant les régions. En général, ils représentent de petites tumeurs dont le volume oscille entre celui d'un pois et celui d'un œuf de pigeon. L'affection débute par un point induré dans le tissu cellulaire sous-cutané; peu intenses tout d'abord, les douleurs augmentent vers le troisième ou le quatrième jour. La tumeur est alors adhérente à la peau qui ne tarde pas à devenir rouge. Les mouvements de la région sont gênés, la fluctuation est difficile à percevoir. Il faut cependant se hâter pour donner issue au pus, sinon la peau s'ulcère, accident après lequel la cicatrisation se fait lentement et avec de grandes difficultés. Parfois même persistent des suintements séreux qui, au niveau de la marge de l'anus, peuvent devenir l'origine de fistules et de fissures.

Diagnostic. — L'hydrosadénite constitue une affection facile à reconnaître d'ordinaire. On ne peut guère la confondre qu'avec le furoncle ou l'ecthyma; les caractères suivants permettront d'éviter l'erreur. Dans le furoncle et l'ecthyma, l'induration commence par les téguments pour envahir ensuite les tissus sous-jacents. Dans l'abscess tubéreux au contraire, l'induration commence toujours par le tissu cellulaire et ne se propage à la peau qu'après un certain temps.

Pronostic, traitement. — L'hydrosadénite ne présente aucune gravité, et si l'incision est pratiquée de bonne heure, tout rentre rapidement dans l'ordre. Pendant les premiers jours on appliquera quelques émollients, puis,

dès que la tumeur sera amincie, on la traversera avec la pointe d'un bistouri ou d'une lancette.

CHAPITRE II

TUMEURS HYPERTROPHIQUES DE LA PEAU

1^o TUMEURS HYPERTROPHIQUES DE L'ÉPIDERME

Bibliographie. — LETELLIER, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1836. — GIMELLE, *Ibid.*, 1844. — MACPHERSON, *Lond. Med., Gaz.*, 1844. — WARREN, *Surgic. Observ. on Tumours*, Boston, 1848. — FOLLIN, *Véget. des cicatr.*, in *Gaz. des Hôp.*, 1849. — BAZIN, *Revue méd.*, 1857. — VERNEUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1858. — ORY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875. — TRÉLAT et CARTAZ, *Progrès méd.*, 1876. — NEELSEN, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXIV, p. 845, 1880. — RIGAL, *Ann. de derm.*, 1881, p. 491. — BABESIU, in *Ibid.*, 1882, p. 50. — CLUTTON, in *Ibid.*, 1883, p. 473. Thèses de Paris. — 1850, FIRMIN. — 1856, LHONNEUR. — 1877, LIRON. — 1881, DELPECH. Consultez en outre les *Traité des maladies de la peau* et l'article de HARDY, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, et celui de BAZIN, in *Dict. encycl.*

Dans ce groupe, nous étudierons les *durillons*, les *cors* et les *cornes*.

1^o *Durillons. Callosités.* — Ce sont de petites productions constituées par un épaissement local du tissu épidermique. La cause principale du développement de cette affection est le frottement répété; une saillie osseuse faisant plan résistant dans le point où la compression s'exerce, constitue une circonstance des plus favorables à l'apparition des callosités. De là leur fréquence au niveau des orteils, à la main, etc. Dans un certain nombre de professions, les ouvriers sont obligés d'appuyer leurs instruments contre tel ou tel point du corps, ainsi se forment des callosités dont la connaissance est des plus utiles en médecine légale.

Le durillon se présente sous l'aspect d'une masse de couleur jaunâtre, d'apparence cornée, de consistance dure; il est sec, coriace ou cassant (KAPOSI); à sa surface on reconnaît facilement les sillons de la peau, bien qu'ils soient moins apparents que dans les parties voisines. Les callosités qui existent constamment dans la main des manœuvres offrent un aspect analogue; à leur niveau, on constate une diminution manifeste de la sensibilité. Fréquemment à leur surface se forment des crevasses, qui facilement deviennent assez douloureuses pour gêner les mouvements des doigts; au-dessous se rencontre d'ordinaire une petite bourse séreuse qui peut facilement s'enflammer (*durillon forcé*). L'inflammation se propage alors rapidement au dos de la main; par suite de la disposition anatomique des plans, à la face palmaire, au contraire, il n'existe ni rougeur, ni tuméfaction. Si l'on abandonne la maladie à elle-même ou si le médecin attend l'apparition de la fluctuation, il se produira des décolle-

ments considérables, tandis qu'une simple incision faite de bonne heure au niveau du durillon prévient ces accidents.

2° Cornes. — Les cornes sont des excroissances épidermiques anormales qui peuvent se développer sur différents points de la surface du corps, parfois même sur les muqueuses.

Étiologie. — Les sujets sur lesquels se rencontrent les cornes sont tous d'un âge avancé; les contusions et frottements ont sur leur développement un rôle bien moindre que dans le cas précédent. Quelques auteurs ont prétendu que ces productions se montraient principalement chez la femme, les statistiques ne semblent pas confirmer cette opinion. Sur cinquante faits relatés, DEMARQUAY note trente et une femmes. VILLENEUVE, qui a réuni soixante-treize cas, trouve trente-sept hommes et trente-six femmes.

Siège. Fréquence. — C'est surtout à la tête, en particulier au cuir chevelu, au front, à la tempe, que ces tumeurs ont été observées de préférence, puis encore à la surface interne des membres, surtout aux cuisses, rarement sur le tronc et la face (DEMARQUAY).

Il existe un certain nombre de faits relatifs à des cornes siégeant sur le gland (LIEBOLD, HÉBRA, J. PICK, RICHON). Le plus souvent ces productions épidermiques sont solitaires; en revanche, chez quelques malades, elles se montrent assez nombreuses pour hérissier totalement la surface de la peau. Rien de plus variable que leur forme. Ici, elles sont coniques et arrondies, analogues aux cornes des jeunes animaux, là elles sont verticales; parfois elles se contournent en spirale, ou s'incurvent en arc. Les cornes peuvent atteindre une longueur de plusieurs pouces. Leur coloration varie du jaune grisâtre au brun; leur surface, rarement lisse, présente des sillons transversaux; des cannelures longitudinales suivent les volutes.

Anatomie pathologique. — L'examen histologique fait reconnaître que ces masses sont constituées par des cellules épidermiques agglutinées en une substance compacte. Les anciens observateurs, G. SIMON entre autres, avaient cru trouver dans ces tumeurs une substance corticale et une substance médullaire; de plus, LEBERT et VIRCHOW avaient décrit des orifices spéciaux qu'ils considéraient comme la coupe des vaisseaux sanguins. La substance centrale médullaire était formée par l'hypertrophie d'un groupe de papilles pénétrant dans la corne. « Il est prouvé aujourd'hui, dit KAPOSI, que si un groupe de papilles hypertrophiées à vaisseaux dilatés peut s'élever plus ou moins haut dans l'intérieur de la corne, celle-ci n'est cependant constituée que par des colonnes épidermiques, soudées dans leur longueur et qui s'élèvent autour de ce groupe de papilles. »

Traitement. — Ces tumeurs tombent parfois d'elles-mêmes; dans ce cas souvent elles reparissent, le seul traitement à leur faire subir est l'extirpation.

2° HYPERTROPHIE DES ÉLÉMENTS FIBREUX DU DERME. — KÉLOÏDE SPONTANÉE

« Le mot kéloïde sert à distinguer une forme particulière d'affection caractérisée par des productions irrégulières compactes, dures, lisses, ordinai-

rement plus ou moins saillantes, comprenant toute l'épaisseur du derme, constituées surtout par du tissu fibro-plastique, et ayant une grande tendance à se reproduire sur les points où elles se sont d'abord développées » (BAZIN).

Siège. — La région sternale est le siège de prédilection de cette affection (BAZIN, HARDY); on l'observe aussi sur les parties latérales du thorax, au cou, à la face, au pli de l'aîne (VERNEUIL, LIRON).

Étiologie. — C'est encore aux traumatismes, aux frottements répétés que les auteurs se sont adressés pour expliquer l'origine de la kéloïde. Comme seules, les influences locales ne paraissent pas suffisantes, on a invoqué des prédispositions spéciales. L'influence de l'hérédité est contestée. La kéloïde se développerait chez les enfants nés de parents scrofuleux (CUBOT), herpétiques (ALIBERT), cancéreux (WILSON); rien de certain dans ces opinions. Une cause plus sérieuse est le tempérament du sujet lui-même. Le lymphatisme et la scrofule sont assurément des terrains prédisposés. BAZIN croyait tellement à l'influence de la scrofule, qu'il avait voulu faire de la kéloïde une scrofule maligne. Quant à l'existence d'une diathèse fibro-plastique invoquée par ce même auteur, nous n'en parlerons que pour mémoire. C'est là une maladie de tous les âges; BURNETT, GINTRAC l'ont observée chez les enfants; RAYER, chez les vieillards. Elle se montre cependant plus ordinairement à l'âge adulte et particulièrement chez la femme.

Anatomie pathologique. — La composition anatomique de la kéloïde a été étudiée par un certain nombre d'auteurs, citons en particulier WAREN, ALIBERT, FOLLIN, ROKITANSKY, ROBIN, LEBERT, VIRCHOW.

Un simple examen fait à la loupe sur des coupes fines, dit KAPOSI, montre la véritable nature de la tumeur. On voit un tissu blanchâtre, formé de fibres épaisses disposées parallèlement à l'axe de cette production. Le microscope permet de reconnaître au-dessus et au-dessous des couches de chorion restées normales, des papilles et des prolongements du réseau muqueux, intacts. La présence de ces papilles et de ces prolongements montre d'une manière toute spéciale, dit l'auteur, que la chéloïde, contrairement au tissu cicatriciel, se produit dans un chorion antérieurement intact, et n'est pas, par conséquent, destinée à remplacer une perte de substance, ce qui la distingue de la kéloïde cicatricielle.

Dans ses parties jeunes, et au moment de son développement, la chéloïde est formée par du tissu conjonctif embryonnaire accumulé dans les mailles du derme. L'accumulation de ces cellules débute autour des vaisseaux, probablement dans les cellules fusiformes qui les entourent en forme de gaines. Voici comment il faut comprendre, d'après NEUMANN, le développement de la tumeur.

Le long des vaisseaux, particulièrement des artères, apparaissent des cellules fusiformes qui s'étendent au loin jusque dans le tissu normal; cette altération de la tunique adventive se montre surtout manifeste aux bords de la néoplasie et dans les points où les ramifications artérielles pénètrent les papilles. La maladie poursuit sa marche le long du trajet des vaisseaux. Ceux-ci, aussi bien que les glandes qu'ils enveloppent, sont peu à peu étouffés, en sorte que l'on n'en retrouve plus trace dans la masse adulte.

Symptômes. — A son début, la kéloïde est représentée par une simple tache blanchâtre ou bleuâtre analogue à un nævus. Complètement développée elle constitue une masse de forme, de couleur, de volume variables, faisant au-dessous de la peau une saillie de 0^m,001 à 0^m,01 (BAZIN). La tumeur offre un aspect des plus bizarres : ronde, carrée, rectangulaire, cylindrique, vermiciforme, elle est munie de prolongements qui l'ont fait comparer à une écrevisse, à un crabe, d'où son nom. La surface de la tumeur, inégale, rugueuse, chagrinée, paraît tantôt rose, tantôt blanchâtre. La kéloïde rose aurait pour siège les glandes sébacées pileuses (BAZIN), d'où la qualification que lui a donnée cet auteur, acnée kéloïdique; la teinte serait due à une vascularisation anormale. La kéloïde blanche, plus dure, analogue à du fibro-cartilage, beaucoup plus fréquente, ne présente pas trace de vaisseaux. C'est surtout cette variété qu'ont étudiée les anatomo-pathologistes. La kéloïde donne lieu d'ordinaire à de vives démangeaisons, à des douleurs que la pression, même le simple contact des vêtements, exagèrent. Elle met habituellement plusieurs années pour arriver à son développement complet, après quoi elle reste stationnaire. Ces tumeurs sont susceptibles de disparaître spontanément, HARDY a observé plusieurs cas de ce genre. VALLERAND a vu une kéloïde se terminer par ulcération; c'est là un fait si rare, qu'HÉBRA n'hésite pas à le nier, et que HARDY, sans être aussi affirmatif, avoue n'avoir jamais rien noté de semblable.

Diagnostic. — L'aspect de la tumeur, son siège, la bizarrerie de sa forme suffiront, la plupart du temps, à en faire distinguer la nature. Pendant les premiers mois de son développement, on pourrait, dit BAZIN, confondre la kéloïde avec un tubercule de l'épithéliome ou du cancer. Le développement lent, la persistance indéfinie du mal permettraient certainement, à la longue, de reconnaître l'erreur. Plus tard, il importe de ne pas confondre la kéloïde avec la sclérodermie; mais, comme le fait remarquer HARDY, la forme arrondie des plaques sclérodermiques, leur absence de saillie, leur aspect parcheminé, la diminution de la sensibilité cutanée à leur niveau sont autant de caractères servant à établir le diagnostic.

Pronostic. — La kéloïde est en réalité une affection des plus bénignes, mais il faut bien savoir qu'après les opérations elle récidive avec la plus grande facilité; il sera donc prudent de s'abstenir d'une intervention trop active.

Traitement. — Les médications les plus variées ont été proposées contre les douleurs violentes qui accompagnent parfois cette affection. On peut employer les injections de morphine, ou le sulfate de quinine s'il y a des intermittences. HÉBRA et KAPOSI recommandent la préparation suivante : Emplâtre de Vigo, emplâtre de mélilot : àà. 15 grammes. Étendez sur un linge, saupoudrez avec 12 grammes de poudre d'opium, et appliquez sur la région malade. Pour amener la guérison, tous les emplâtres et onguents résolutifs ont été successivement essayés avec le même insuccès; seuls, le mercure en frictions ou sous forme d'emplâtre de Vigo et l'iode de potassium intus et extra ont amené quelques guérisons. La rapidité des récidives a fait rejeter entièrement l'intervention chirurgicale; cependant les scarifications récemment employées semblent avoir donné d'assez bons résultats; les faits

signalés sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse se prononcer sur ce mode de traitement.

CHAPITRE III

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES ONGLES

Bibliographie. — FOLLIN, NÉLATON, Art. ONGLES des deux *Dictionnaires*. — *Ongle incarné*. — *Cliniques de GOSSELIN*, t. 1^{er}, p. 111, 2^e édit. — MONOD, *Union médicale*, 9 nov. 1880. — PERTUSIO, *Giorn. de l. R. Acad. di Torino*, 1874, n° 8, 1. Thèses de Paris. — 1856, HOLDER, MARIANI. — 1865, VACQUERIE. — 1861, ESMÉNARD. — 1862, LHERMINIER. — 1863, ANCEL. — 1873, DUPONT, SACRESTE. — 1874, COCHET. — 1877, BARBOUX. — 1878, BOX. — 1881, DAMÉE. Thèses de Strasbourg. — 1836, DONZEL. — 1863, MONTET. — 1869, DELACROIX.

Nous diviserons cette étude en trois groupes : 1^o lésions traumatiques; 2^o affections inflammatoires; 3^o hypertrophie.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES. — CONTUSION

Les contusions légères déterminent au-dessous de l'ongle la formation d'un épanchement sanguin très circonscrit. La transparence de l'organe permet facilement d'observer ce qui se passe dans ces circonstances. La partie liquide de cet épanchement se résorbe, puis un petit caillot brunâtre persiste pendant des mois. Chassé peu à peu par la poussée lente mais continue de l'ongle, cette petite masse brunâtre arrive au niveau du sillon qui sépare l'ongle de la pulpe du doigt, là il est facile de l'enlever; la plupart du temps il s'élimine naturellement. Au moment de l'accident, ces contusions légères occasionnent une douleur très vive, qui se calme rapidement. Parfois, dans ces circonstances, on voit survenir de l'inflammation et de la suppuration. Si la contusion est plus violente, l'ongle peut être arraché, décollé sur une étendue variable moins grande. C'est là un traumatisme assez sérieux, car il occasionne des douleurs aiguës. L'immersion de la partie malade, l'irrigation continue, surtout le bain antiseptique seront employés avec avantage. Lorsque les symptômes sont calmés, il faut remettre l'ongle en place et le maintenir par un pansement occlusif.

2^o AFFECTIONS INFLAMMATOIRES. — ONYXIS

Onyxis est un mot générique servant à désigner toutes les maladies inflammatoires aiguës ou chroniques de la matrice unguéale.