

sa largeur, sa direction, sa contexture, ou être, dans sa partie libre, mince, vitreux, cassant, ou bien élargi, épaissi, opaque, rugueux, en forme de griffe, crochu, recourbé (*onychogriphose*). D'autres fois, il n'est pas allongé, mais, bien que d'une structure normale, il est élargi, de sorte que ses bords s'enfoncent dans la rainure unguéale, y produisent de la douleur, de l'inflammation, de la suppuration, des hémorrhagies, des granulations luxuriantes (*paronychie*). Dans certains cas encore, l'ongle est irrégulièrement épaissi, bosselé, raboteux, relevé en pointe, dur ou cassant, recouvert à sa surface de sillons longitudinaux et transversaux, de fossettes (*asperitas, scabrities unguium*), rugueux à son bord antérieur, boursoufflé et dense, ou à texture lâche ou enfin décollé. Ces diverses modifications peuvent atteindre un seul ongle, aux doigts ou aux orteils (ceux-ci plus fréquemment), ou bien elles s'étendent à tous à la fois.

Anatomiquement, l'ongle hypertrophié et dégénéré ne présente qu'une disposition et une structure anormales des cellules cornées. A cela, s'ajoute dans les formes chroniques et avancées de l'hypertrophie, un développement des papilles de la matrice unguéale, lesquelles s'avancent dans le corps de l'ongle sous forme de pulpe vasculaire, sur une longueur de plusieurs millimètres, jusqu'au delà du milieu du lit de l'ongle. Aussi, sur une coupe faite à cette hauteur, rencontre-t-on un certain nombre de papilles saignantes. Dans les formes aiguës et passagères, on trouve, au contraire, un simple gonflement hyperhémique ou inflammatoire des papilles, ou même on ne constate pas d'altération appréciable. Le lit de l'ongle n'est souvent pas lésé d'une façon notable, ou bien ses bords sont hypertrophiés et pourvus de papilles nombreuses (Virchow); il s'y produit alors également une hyperplasie épidermique, qui épaissit l'ongle par en bas ou le soulève de son lit. Ces altérations sont en rapport avec la cause spéciale de l'hypertrophie. Dans certains cas, elle est due à une prédisposition congénitale. Rarement, elle tient à ce que l'on néglige de couper périodiquement les ongles; plus souvent, elle est amenée par des pressions répétées et prolongées sur les orteils, surtout ceux des extrémités du pied (le gros et le petit orteil), pressions qui, sur d'autres points de la peau, donnent lieu à des productions analogues, callosités et hypertrophie papillaire. Enfin, cette hypertrophie peut être due à toutes les maladies chroniques de la peau, lesquelles déterminent sur d'autres points une infiltration cellulaire des papilles et une hyperplasie épidermique, tels que l'eczéma chronique, le psoriasis, le lichen ruber, l'éléphantiasis des Arabes, la lèpre, la syphilis, l'ichthyose. Dans cette dernière affection, on observe souvent l'altération gryphosique des ongles. Dans la syphilis, la maladie se localise fréquemment sur une partie de l'ongle, correspondant

à une papule, infiltrant une partie des papilles de la matrice unguéale, et elle est persistante, dans les cas où une partie des papilles a été détruite par excoriation ou ulcération. L'eczéma, le psoriasis, le lichen ruber, déterminent des altérations de tous les ongles, même lorsque ces affections n'atteignent pas les doigts; il y a là une sorte d'influence réflexe (1). Un certain nombre d'états morbides de toute l'économie semblent pouvoir altérer les ongles, les faire tomber par parcelles; la diathèse syphilitique, par exemple (*onychie syphilitique*, Hutchinson); toutefois cette variété d'onxyis ne paraît pas différer de celle qui survient à la suite de la chlorose ou d'états fébriles aigus (Vogl) (*psoriasis unguéal*, Anderson), et qui est analogue aux desquamations observées sur d'autres régions du corps dans les cas d'affaiblissement de la nutrition générale (*pityriasis tabétique, séborrhée du cuir chevelu*). On peut aussi observer aux doigts, dans l'asphyxie locale des mains et dans la sclérodactylie, de semblables onychiades (2).

Le pronostic de l'altération des ongles que nous venons de décrire, dépend de sa cause et de la facilité que l'on peut avoir à la faire disparaître; fâcheux dans les formes qui dépendent d'un état général, il est plus favorable dans celles qui tiennent à des altérations locales, ou à des exanthèmes chroniques.

Le traitement n'a de résultat que dans quelques formes déterminées: les ongles en griffes et ceux qui sont simplement allongés doivent être coupés avec les ciseaux ou à l'aide d'un sécateur; les prolongements papillaires sont cautérisés. L'onxyis qui tient à une localisation syphilitique guérit rapidement à l'aide de l'emplâtre mercuriel. Les aspérités unguéales qui accompagnent l'eczéma, le psoriasis, le lichen ruber, sont influencées favorablement par tous les moyens qui agissent sur ces affections elles-mêmes, le diachylon, les applications de solution de potasse et de sublimé, les doigts de gants en caoutchouc, l'emplâtre salicylé. La formation de l'ongle redevient normale, quand l'altération du lit papillaire cesse, mais il est évident que l'amélioration

(1)(2) Les altérations des ongles dans les maladies cutanées sont à peu près toutes indiquées ou décrites d'une manière suffisante dans le *texte courant*, ou dans les *notes des traducteurs*.

Mais il existe une série très nombreuse et très variée de lésions des ongles, à la suite de toutes les maladies, aiguës ou lentes, qui altèrent la *nutrition générale*, et un grand nombre de lésions *spéciales* à des cachexies, dont nous ne pouvons que marquer la place. La littérature médicale contient quelques essais d'*onychopathologie générale*, mais il n'en est aucun de complet, ni qui soit au courant de l'état actuel de la science.

ne peut porter que sur la partie nouvelle de l'ongle, sur celle qui s'avance hors de la matrice unguéale, et non pas sur la partie déjà altérée. Aussi, comme la croissance de l'ongle se fait très lentement, et qu'il faut plusieurs mois pour que l'ongle nouveau ait remplacé l'ancien, on n'apercevra l'amélioration qu'assez tard, parfois longtemps après que l'affection primitive sera guérie.

Au même titre, et d'une façon tout aussi lente, agit la médication interne par l'arsenic et le fer, dans le cas où celle-ci est indiquée (*chlorose, psoriasis, lichen*).

L'ongle incarné (*paronychie*), auquel certains chirurgiens appliquent l'arrachement ou la section complète de l'ongle, peut être guéri par le traitement suivant, qui ne détermine presque aucune douleur. On glisse fil par fil, à l'aide d'un stylet, entre le bord de l'ongle et la rainure correspondante, un petit pinceau de charpie de la longueur de l'ongle; on applique quelques bandelettes d'emplâtre de savon, destinées à fixer la charpie et à détacher l'ongle de la rainure. On répète le pansement chaque jour, ce qui devient très facile une fois l'écartement obtenu. Le bord ulcéré guérit rapidement, ou bien on le détruit par la section ou la cautérisation (poudre d'alun, perchlorure de fer, pierre infernale, etc.) (1).

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

Hypertrophies du tissu conjonctif. — Hyp. diffuses : sclérodémie. (*Ainhum.* — Appendice : sclérème des nouveau-nés) et éléphantiasis des Arabes. — Élémentar-tiasis télangiectode et nerveux. Myxœdème. — Hyp. circonscrites : papillome (*frambœsia*).

Les affections de la peau dues à l'hypertrophie du tissu conjonctif se présentent soit sous forme d'épaississements diffus, superficiels de la peau, — sclérodémie et éléphantiasis des Arabes — soit sous forme de tumeurs limitées, proéminentes, papillome (*frambœsia*).

(1) Le nitrate de plomb en poudre, le bromure de potassium, en poudre, appliqués sur les fongosités de l'ulcère latéro-unguéal, les détruisent très sûrement, et sans désordre de voisinage. Les pansements avec la solution normale de perchlorure de fer réussissent aussi quelquefois très bien. Il reste toutefois, dans les cas invétérés et longtemps négligés, des formes rebelles qui réclament la résection latérale.

E. B. — A. D.

HYPERTROPHIES DIFFUSES DU TISSU CONJONCTIF SCLÉRODERMIE

Sclérème des adultes : telle est la désignation sous laquelle Thirial, en 1845, a décrit l'affection de la peau dont nous avons à nous occuper maintenant, et que, avant lui, Curcio (1752), Henke (1809) et Alibert (1817) avaient mentionnée. Plus tard, on l'appela également *sclérodémie* (1), *sclérème*, *chorionitis*, *sclérosténose cutanée* (Forget), *cutis tensa chronica* (Fuchs), *kéloïde d'Addison*, *éléphantiasis scléreuse* (Ramussen), *sclérème cutané cicatrisant* (Wernicke), *sclerosis telæ cellulosaë et adiposaë* (Wilson), etc.

Mais, tandis qu'en somme on voudrait comprendre sous les dénominations multiples mentionnées jusqu'à présent le même processus que Alibert, ainsi que E. Besnier l'a fait remarquer avec raison, a le premier décrit en 1817 d'une manière caractéristique, on remarque dans ces dernières années, chez bon nombre d'auteurs, une tendance à appliquer des noms prétentieux aux formes de localisation diffuses et partielles du processus. Car, pour quelques médecins, certaines formes analogues à la sclérodémie, que Erasmus Wilson et après lui d'autres auteurs anglais ont désigné comme morphée, paraissent être de la sclérodémie vraie, ou du moins avoir avec elle des rapports très intimes. Relativement à cette dernière, d'autres médecins pensent que la théorie de l'origine trophoneurétique est plus applicable ici (Schwimmer); enfin, d'autres encore confondent à tort avec la sclérodémie, la sclérodactylie des auteurs français (Ball, Hallopeau, Dufour, Lépine).

Ainsi E. Besnier propose pour la forme diffuse et généralisée de la maladie le nom de sclérémie (sclérème, Alibert), pour les scléroses partielles (dermato-scléroses en plaques) et pour la morphée des auteurs anglais celui de sclérodémie; Hardy distingue encore aujourd'hui trois

(1) (ELIE GINTRAC, de Bordeaux).

E. B. — A. D.

(2) C'est bien à ALIBERT, en effet, et non à Thirial, nous avons pris soin de l'établir antérieurement — *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, T. I, 1880, *Observ. pour servir à l'histoire des dermato-scléroses*, et 1^{re} édition de cette *Traduction*, T. II, p. 115, note 1 — que l'on doit la description première, de la maladie nommée *sclérodémie* par ELIE GINTRAC — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1847 — Trente ans auparavant, ALIBERT — *Nosologie naturelle*, T. I, in-folio, p. 494, 498; Classe des *Trophopathies*, Famille des *Ethmoplécoses*, maladies du *corpus cribosum* (tissu lamineux), genre II, *Sclérémie* — l'avait décrite dans ses différentes variétés, sous le nom de *sclérémie*.

E. B. — A. D.