

mée. Elle occupe la région métacarpienne, spécialement au niveau des deuxième, troisième et quatrième métacarpiens. Son siège anatomique est l'appareil tendineux de la région dont les deux organes, tendon et gaine fibro-synoviale sont également affectés. Les gaines sont épaissies, les tendons renflés en fuscau; la peau correspondante ne change pas de couleur, le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas tuméfié. A part la première période, il n'existe aucune douleur spontanée notable et la pression ne développe qu'une sensibilité peu vive; on n'observe pas l'érythème inflammatoire qui caractérise les fluxions goutteuses proprement dites. Quant à la nature de l'affection, ce serait, d'après Ad. Gubler, une simple hyperplasie consistant en une infiltration interstitielle du plasma, ou bien en une prolifération d'éléments histologiques rudimentaires pouvant se résorber plus tard avant d'avoir acquis droit de domicile dans le tissu préexistant. Ce serait une *ténosynite hyperplasique* ou *hypertrophique*; le tendon et la gaine sont affectés simultanément.

## ARTICLE V.

## Onyxis.

On désigne sous le nom d'*onyxis* l'inflammation de la matrice de l'ongle. Cette phlegmasie se développe à la suite d'une blessure ou spontanément.

1° ONYXIS TRAUMATIQUE. Elle est le plus souvent la conséquence d'une piqûre du derme sous-unguéal, de la présence d'un corps étranger; quelquefois elle résulte d'une contusion de ce tissu, contusion qui a produit un épanchement de sang entre l'ongle et les parties subjacentes.

Les malades accusent une sensation de chaleur et une douleur plus ou moins vive; au bout de quelques jours, l'ongle offre une coloration jaunâtre due à la présence du pus sous cet appendice corné; le pus d'abord séquestré par la résistance de l'ongle, finit par se faire jour sur les parties latérales de ce dernier. L'ongle est décollé peu à peu des parties subjacentes; il est ébranlé et finit par tomber, laissant à découvert le derme subjacent enflammé et ulcéré. Dans d'autres cas, l'inflammation et la suppuration se montrent plutôt du côté de la rainure postérieure qui enchâsse l'ongle. Celui-ci est encore décollé et finit par tomber. Dans les deux cas, après la cicatrisation des parties ulcérées, il pousse un nouvel ongle qui est difforme et conserve pendant toute la vie un aspect sale. Dans quelques circonstances, l'ongle de nouvelle formation se montre avant que l'ongle ancien soit tombé; celui-ci est chassé progressivement par le premier.

Au début, lorsqu'il n'existe encore que de la douleur, on combat l'affection par la médication émolliente. S'il existe un corps étranger, une écharde par exemple, il faut enlever celle-ci, en la saisissant avec des pinces; on est obligé parfois de couper la partie antérieure de l'ongle dans une assez grande étendue, pour avoir prise sur le corps étranger. A une période plus avancée, lorsque du pus s'est accumulé sous l'ongle, il faut évacuer le liquide en enlevant la portion de l'ongle qui le recouvre. Si du pus s'est accumulé sous l'épiderme de la racine de l'ongle, on incise cet

épiderme pour évacuer le liquide et on excise tout l'épiderme décollé. Si l'ongle est ébranlé, que le derme subjacent fournisse une suppuration abondante et est ulcéré, il faut arracher l'ongle, panser ensuite à plat jusqu'à la cicatrisation, puis exercer sur toute la matrice de l'ongle une compression méthodique avec des bandelettes étroites de sparadrap de diachylon gommé, afin d'avoir un nouvel ongle de forme régulière. On recommande en même temps de grands soins de propreté pour éviter que des parcelles de poussière restent engagées dans le tissu corné de nouvelle formation, ce qui donne au nouvel ongle un aspect sombre indélébile.

Il arrive quelquefois, après l'arrachement de l'ongle, que la suppuration persiste dans la rainure postérieure de la matrice. On y remédie, en introduisant, tous les jours, quelques brins de charpie dans ce cul-de-sac, pour éviter le contact des surfaces opposées suppurantes. Si ce moyen est insuffisant, on incise le repli cutané dans toute sa longueur; parfois même on est forcé d'en faire l'excision.

2° ONYXIS SPONTANÉ. On l'appelle encore *onglade*, *onychia maligna*. Cette affection se développe quelquefois sans cause appréciable; d'autres fois elle reconnaît pour point de départ une syphilis constitutionnelle ou la scrofule. Elle a un siège de prédilection pour le gros orteil et pour le pouce.

Au début, il existe une tuméfaction légère, un cercle rougeâtre au niveau de la racine de l'ongle. Bientôt le gonflement augmente; la peau prend une teinte violacée et finit par s'ulcérer. Il se fait d'abord un suintement de pus séreux entre la racine de l'ongle et la peau, puis la suppuration devient abondante, jaunâtre et fétide. L'ongle séparé de sa matrice se ternit, devient jaunâtre et finit par tomber spontanément ou sous l'influence d'une traction légère. La matrice de l'ongle, mise à découvert, est enflammée; elle se présente sous un aspect rougeâtre, entourée d'un bourrelet saignant; elle fournit une sécrétion de pus grisâtre et d'une odeur fétide. Les malades accusent une vive douleur; quelquefois les vaisseaux lymphatiques et les ganglions du membre s'enflamment. Après la cicatrisation de la surface ulcérée, le derme sécrète une nouvelle substance cornée qui donne lieu à un ongle atrophié et difforme. L'extrémité du doigt ou de l'orteil reste volumineuse et ressemble à une spatule. Dans les cas les plus graves, l'inflammation se transmet au tissu osseux subjacent et la phalange se carie ou se nécrose.

Le traitement est général et local. L'affection se rattache-t-elle à la syphilis, on la combat par les mercuriaux et l'iodure de potassium. Est-elle due à la scrofule, on administre les antilymphatiques.

Pour modifier la vitalité de la matrice de l'ongle, il faut, après avoir arraché ce dernier, cautériser les parties subjacentes avec l'azotate d'argent. Si l'affection est à une période plus avancée, l'excision de la matrice de l'ongle est plus efficace. Dans les cas où l'altération a envahi le tissu osseux, l'amputation de la phalange peut être indiquée.