

## ARTICLE VI.

## De l'ongle incarné.

On dit l'ongle *incarné*, quand l'ongle s'enfonçant par ses bords latéraux dans les parties molles subjacentes, détermine une irritation d'abord, puis une ulcération de ces tissus.

L'affection a un siège de prédilection pour le côté externe du gros orteil ; on l'a vue cependant, mais très-rarement, au troisième orteil et l'on cite comme exception le fait, observé par Breschet, où l'ongle s'était incarné dans tous les orteils à la fois.

**Causes. Symptômes.** C'est à l'usage de chaussures trop étroites, notamment de chaussures terminées en pointe à la partie antérieure, qu'il faut attribuer le développement de l'affection. Lorsque le pied est emprisonné dans une chaussure de ce genre, les orteils sont fortement pressés les uns contre les autres ; chez certains sujets, on voit même l'un des orteils caché sous les autres. Les quatre derniers orteils, formant par leur extrémité antérieure une ligne oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans sont repoussés en masse par le bord de la chaussure, qui les serre contre le gros orteil qui est poussé par le bord correspondant de la chaussure en sens opposé. Sous l'influence de cette pression en deux sens opposés, le gros orteil tend à diminuer de largeur et les parties latérales se relèvent, en venant presser contre le bord correspondant de l'ongle. Bientôt il se forme, sur chacune de ces parties latérales un bourrelet cutané plus prononcé au bord latéral externe qu'au bord latéral interne, parce que la pression est plus forte en dehors qu'en dedans. Si la station debout ou la marche sont prolongées, la pression incessante, exercée sur la face plantaire de l'orteil par le sol et le poids du corps, repousse les parties molles de bas en haut et augmente encore la saillie du bourrelet. *Ce sont les parties molles qui vont au-devant du bord latéral de l'ongle plutôt que le bord latéral de l'ongle ne s'y enfonce.* L'enfoncement du bord de l'ongle dans les parties molles occasionne, pendant la marche, une sensation douloureuse qui va augmentant d'intensité. Bientôt la pression incessante de ces parties l'une contre l'autre donne lieu à une ulcération linéaire qui fournit de la suppuration. L'ulcération s'étend en largeur ; la suppuration devient plus abondante et la surface ulcérée se recouvre de bourgeons charnus saignants. A cette période, la marche et la station debout sont très-douloureuses ; certains sujets marchent sur le talon ou sur le bord latéral externe du pied, pour éviter la douleur produite par le refoulement des parties ulcérées contre le bord de l'ongle. Il en est qui trouvent la chaussure au niveau du gros orteil ; d'autres renoncent aux chaussures ordinaires, pour emboîter des chaussures molles et larges. Sous l'influence d'une marche un peu longue, l'inflammation ulcéreuse du derme augmente parfois au point de donner lieu à des angioleucites et à une adénite inguinale. Les malades sont contraints de garder le repos pendant plusieurs jours. Il en

est enfin, mais cela est rare, chez lesquels l'inflammation ulcéreuse, envahissant toute l'épaisseur du derme, finit par entraîner une carie ou une nécrose de la phalange unguéale.

**Traitement.** Il est préventif et curatif.

Le meilleur moyen de se mettre à l'abri de l'enfoncement de l'ongle dans les chairs est de faire usage de chaussures qui ne soient pas trop serrées. On a aussi recommandé de tailler les ongles carrément, c'est-à-dire de ne pas les arrondir sur les angles latéraux.

Lorsque l'affection est déjà développée, les moyens à mettre en usage varient suivant le degré du mal.

**Redressement de l'ongle.** Dans la première période, lorsque le bord de l'ongle est peu enfoncé, que l'ulcération des parties molles subjacentes est limitée, on cherche à redresser le bord de l'ongle par l'un des artifices suivants : Desault se servait d'une petite lame très-mince de fer-blanc, longue de 4 centimètres, large de 1 centimètre. Il en introduisait l'une des extrémités légèrement recourbée entre le bord de l'ongle enfoncé et les parties molles subjacentes préalablement recouvertes d'un linge fin enduit de cérat. La lame était maintenue dans cette position à l'aide d'une bande roulée autour du gros orteil. Au lieu de se servir d'une lame de fer-blanc, on peut, au moyen d'une spatule, pousser entre le bord de l'ongle et les parties subjacentes quelques brins de charpie, dont on augmente graduellement la quantité, ou une petite rondelle d'amadou. Ce traitement est long, douloureux et le plus souvent insuffisant.

Dionis préférait obtenir le redressement de l'ongle en détruisant la partie moyenne de la production cornée pour en diminuer la largeur. Dans ce but, il raclait avec un grattoir le milieu de l'ongle, de façon à diviser ce dernier en deux portions qu'il poussait l'une contre l'autre. De Lafaye, pour rendre le rapprochement plus facile et plus prompt, perçait chacune des moitiés de l'ongle d'un petit trou, à travers lequel il passait un fil métallique qu'il serrait en tordant les bouts. Ces manœuvres sont douloureuses et incertaines dans leur résultat.

Aux moyens précédents propres à obtenir le redressement de l'ongle, il convient d'ajouter des pansements convenables, pour guérir l'ulcération. Lorsque celle-ci est peu étendue, on la couvre de charpie. S'il s'est déjà développé des fongosités, il faut détruire ces dernières avec de l'alun, la pierre infernale, la potasse caustique. Mais lorsque l'affection est ancienne, que le bord enfoncé de l'ongle est caché par un bourrelet fongueux et saignant, il est préférable d'enlever ce dernier, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux. On fait un pansement simple, et s'il se développe ultérieurement des bourgeons charnus, on les réprime avec la pierre infernale : si l'instrument tranchant effraye le malade, on peut détruire les parties molles exubérantes avec la potasse caustique. Ce traitement est long, douloureux et le plus souvent insuffisant, parce que, après la guérison, le bourrelet se reproduit, et que le bord de l'ongle rentre de nouveau dans les parties molles.

**Ablation partielle et totale de l'ongle.** Ce procédé est aussi insuffi-



sant ; l'ongle, en repoussant, s'enfonce de nouveau dans les parties molles et l'affection récidive. Pour arracher l'ongle en entier, on s'y prend de la manière suivante : on insinue à plat l'une des branches de ciseaux entre la face profonde de l'ongle et les parties molles subjacentes, on pousse la branche jusqu'à l'extrémité la plus reculée de l'ongle. Retournant alors la branche de façon à ce que le bord tranchant soit tourné en haut, on la rapproche de l'autre, et on divise l'ongle dans toute sa longueur d'avant en arrière. On saisit successivement chacune des moitiés de l'ongle avec les mors d'une bonne pince à artères, et on les arrache l'une après l'autre. Souvent chaque moitié de l'ongle n'est arrachée que par fragments, parce que l'ongle est fortement adhérent à la matrice. On emporte alors les portions restantes par la même manœuvre. Si on veut n'arracher que la portion de l'ongle attenante au bord qui s'est incarné, on pratique l'incision avec les ciseaux, comme précédemment, en se rapprochant du bord de l'ongle plus que de la partie moyenne, et on n'emporte avec les pinces que l'un des fragments.

Cette opération est très-douloureuse et nécessite l'application préalable d'un mélange réfrigérant sur les parties pour les anesthésier. On pratique un pansement avec de la charpie sèche à laquelle on ajoute une compression convenable pour arrêter le sang. Au bout de quatre jours, on enlève cet appareil, après l'avoir imbibé par l'immersion prolongée du pied dans de l'eau tiède, et on couvre les parties d'un plumasseau de charpie recouvert de cérat.

Que l'on ait enlevé une portion seulement ou la totalité de l'ongle, si on ne prend pas les précautions que nous indiquerons plus loin, l'ongle repoussé au bout d'un certain temps, s'enfonce de nouveau dans les chairs, et la maladie se reproduit.

**Destruction partielle ou totale de la matrice de l'ongle.** Ce sont précisément ces récidives si fréquentes qui ont fait conseiller l'ablation simultanée de l'ongle et du derme sous-unguéal ou matrice de l'ongle. Le procédé varie suivant qu'on agit sur une portion ou sur la totalité de cet appendice. Dans le premier cas, on enlève d'abord la portion d'ongle incarnée, puis on excise avec le bistouri toute la portion correspondante du derme subjacent. On a voulu régulariser cette opération et en faire un procédé spécial décrit de la sorte : on trace quatre incisions qui comprennent, avec les chairs fongueuses, une languette plus ou moins large de l'ongle et du derme sous-unguéal. L'incision postérieure est à 3 millimètres en arrière du repli qui recouvre la racine de l'ongle ; l'incision antérieure correspond à la partie libre de l'ongle, les deux incisions latérales sont faites, l'une au delà du bourrelet fongueux, l'autre sur l'ongle même au delà de la portion incarnée. Ce lambeau quadrilatère est disséqué de façon à ne laisser subsister aucun fragment du derme sous-unguéal. On pratique ainsi une perte de substance profonde, donnant lieu à une plaie qui est pansée simplement.

Si on se décide à l'ablation totale de la matrice de l'ongle, on a recours au procédé suivant, rapporté à Dupuytren : on pratique une incision pro-

fonde et demi-circulaire à 6 millimètres au delà de l'origine apparente de l'ongle ; on prolonge cette incision sur les parties latérales de l'ongle, de façon à cerner l'ongle entier et sa matrice. On détache le lambeau ainsi taillé d'arrière en avant, de manière à enlever l'ongle et le derme qui le supporte.

Les procédés qui viennent d'être indiqués produisent un délabrement des parties et ne mettent pas toujours à l'abri d'une récidive, parce que le derme sous-unguéal possède une puissance sécrétoire de tissu corné qui subsiste même après en avoir retranché une forte épaisseur. Souvent on est obligé d'avoir recours ultérieurement à une application de caustiques pour en détruire de nouvelles portions.

**Pratique de l'auteur.** Pour peu que l'ongle soit enfoncé dans les chairs et que les parties molles forment un bourrelet qui cache le bord de l'appendice corné ; qu'il y ait ou non ulcération des portions subjacentes ; j'arrache l'ongle en le divisant avec des ciseaux, d'avant en arrière, sur la ligne médiane, et en saisissant ensuite chacune des moitiés avec des pinces. Cette opération exige l'application préalable d'un mélange réfrigérant sur la face dorsale de l'orteil ; on peut obtenir une anesthésie assez prononcée, pour que le sujet ne ressente aucune douleur. Après l'arrachement de l'ongle, le derme mis à nu fournit un suintement de sang quelquefois assez abondant, auquel on remédie par l'application d'un gâteau de charpie fine, de compresses et d'une bande de toile de 4 centimètre de large et assez longue pour exercer une compression sur l'orteil à la faveur des circulaires nombreuses qu'on lui fait exécuter. L'appareil reste en place jusqu'au quatrième jour ; alors on l'enlève, après l'avoir suffisamment imbibé par l'immersion du pied dans de l'eau tiède. Si on se contente, à partir de ce moment, de faire un pansement simple, l'ongle repousse en reprenant la direction vicieuse primitive par rapport au bourrelet qui finit par le recouvrir, de telle façon que le malade se retrouve après un certain temps dans les mêmes conditions qu'avant la première opération. Il faut surveiller la poussée de l'ongle et obtenir l'affaissement du bourrelet. Pour arriver à ce but, on exerce, sur toute la face dorsale de l'orteil, une compression méthodique, en entourant tout l'orteil de bandelettes étroites de sparadrap de diachylon gommé. Par-dessus les bandelettes on dispose un gâteau de charpie fine, et on complète le pansement par des compresses de toile et une bande. Cette compression doit être continuée pendant six semaines à deux mois ; les bandelettes de sparadrap ne sont renouvelées que tous les quatre jours ; la charpie doit l'être tous les matins.

Lorsque le bourrelet qui couvre le bord enfoncé de l'ongle est plus volumineux, et à plus forte raison, lorsqu'il est ulcéré, que le bord de l'ongle est couvert de fongosités, il faut, après avoir arraché l'ongle, retrancher le bourrelet d'un coup de ciseaux, de manière à ce que la surface sanglante soit de niveau avec le reste de la surface dorsale de l'orteil. Le pansement consécutif est le même que dans le cas précédent.