

en exposant ses mains, pour quinze, vingt à trente minutes, au-dessus d'une cuvette remplie d'eau bouillante.

Le soir, ou bien pansement de tous les placards éruptifs avec le taffetas de Vigo ; — ou bien, onctions prolongées avec une pommade mercurielle (pommade au calomel, onguent napolitain) maintenue à demeure par un gant pour toute la nuit.

Le matin, savonnage et déterision des parties. — Dans la journée, trois ou quatre lotions soit avec glycérine pure, soit avec eau glycéro-rinée, en vue d'entretenir les téguments dans un certain état d'humectation grasse et de prévenir les craquelures.

Finalement, des bains généraux et des bains locaux dans de l'eau de son tiède serviront d'utiles auxiliaires.

2° Pour toutes les **syphilides ulcéralives**, le traitement local consistera en ceci :

D'abord, faire tomber les croûtes ; car ces croûtes, loin d'être « un moyen naturel de protection », comme on l'a prétendu bien à tort, constituent des agents d'irritation et d'entretien des plaies, en séquestrant sous elles une nappe de pus. On en provoquera facilement la chute par l'application de quelques cataplasmes ou, plus simplement encore, par un pansement occlusif.

Ce premier résultat obtenu, reste à traiter la plaie mise à découvert.

Si l'on n'a affaire qu'à une érosion superficielle, on parvient aisément à la dessécher soit par quelques badigeonnages à la teinture d'iode, soit à l'aide d'un topique pulvérulent, tel que calomel, oxyde de zinc, bismuth, talc, etc. Mais, s'il existe une entamure véritable du derme, d'autres moyens sont nécessaires. Le meilleur, sans contredit, est le *pansement occlusif au taffetas de Vigo*.

Ce pansement, qui est des plus simples, s'exécute suivant la méthode d'occlusion de Chassaignac, à l'aide d'une série de bandelettes découpées dans ce taffetas, que l'on entre-croise et que l'on imbrique sur la plaie, de façon à la recouvrir tout entière en la débordant quelque peu (de deux à trois millimètres environ). — Avoir soin de ne pas donner à ces bandelettes plus de six à dix millimètres en largeur ; car, plus larges, elles s'appliquent mal, godent, « font soufflet ». — Assujettir, enfin, ces bandelettes par une compresse, puis par quelques tours de bande, de façon à en éviter le déplacement.

Suivant l'abondance de la suppuration, ce pansement sera renouvelé plus ou moins souvent, en moyenne toutes les quarante-huit heures.

S'il y a lieu, on profitera de l'époque du pansement pour toucher la plaie à la teinture d'iode ou bien, si elle bourgeonne trop activement, avec le crayon de pierre infernale.

Aidé par la balnéation (bains tièdes tous les deux jours, avant le pansement), ce traitement fournit, je l'affirme, les meilleurs résultats.

D'abord, il calme toute douleur, toute irritation ; de plus, il modère la suppuration, avantage précieux en certains cas ; enfin, il modifie

rapidement les ulcérations, dont le fond se déterge, prend une physiologie meilleure, tourne à la plaie simple, s'exhausse, bourgeonne, et se cicatrise. Il constitue, je puis le dire, la *méthode cicatrisante* par excellence des syphilides ulcéralives.

Finalement, si le taffetas de Vigo, par exception rare, semble irriter les téguments et n'est pas toléré, on peut le remplacer par un autre agent occlusif, tel que le taffetas à l'iodoforme, ou même par un topique indifférent (taffetas à l'oxyde de zinc, sparadrap simple, etc.). Car, si l'on perd le bénéfice de la mercurialisation locale, il faut au moins conserver celui de l'occlusion.

Est-il besoin d'ajouter, en terminant ce chapitre, que le traitement antisiphilitique, général ou local, n'est pas toujours le seul qui doit être prescrit contre les syphilides ? Il va sans dire qu'ici comme ailleurs il y aura lieu de satisfaire à *toutes* les indications accessoires qui peuvent se présenter. Il va sans dire que tous les éléments extrinsèques, toutes les dispositions morbides susceptibles soit d'avoir contribué à la genèse des dermatoses spécifiques, soit de les entretenir, devront être combattus et réprimés par un traitement collatéral, approprié à leur nature.

Je ne citerai qu'un exemple. Il n'est pas douteux que la disposition séborrhéique entre pour une part dans le développement, les localisations et la persistance de certaines syphilides secondaires. C'est là un point sur lequel le Dr Unna a énergiquement insisté. Eh bien, le bon sens et l'expérience s'accordent à édicter comme règle pratique en l'espèce l'association du traitement anti-séborrhéique local à la médication spécifique.

#### ONYXIS ET PÉRIONYXIS

Dépendance de la peau, le système unguéal se trouve naturellement affecté comme elle d'une façon assez fréquente au cours de la période secondaire.

Ses lésions sont de deux ordres.

Tantôt, elles n'intéressent ou, disons mieux, paraissent n'intéresser que l'ongle lui-même, sans éléments éruptifs *apparents*, et on les qualifie alors du vieux nom d'*onyxis*.

Tantôt, elles se produisent au voisinage de l'ongle, sur les parties qui l'encadrent ou le sous-tendent ; et c'est pour celles-ci que j'ai proposé le nom, presque généralement adopté aujourd'hui, de *péri-onyxis*.

I. — ONYXIS. — Le groupe des onyxis est assez complexe, car il comporte des affections d'origine vraisemblablement différentes, c'est-



à-dire dérivant soit de troubles de nutrition soit d'exanthèmes péri-unguéaux. En tout cas, ses lésions se présentent sous des aspects variés, qu'on peut ramener à cinq chefs, comme il suit :

1° **Onyxis craquelé** ou **déchiqueté** du bord libre de l'ongle. — Infiniment plus commune chez la femme que chez l'homme, cette première variété consiste simplement en une friabilité singulière de l'ongle, dont la portion libre se fendille, se crevasse et se casse. Vainement les malades, pour masquer cette petite difformité, d'ailleurs assez gênante, retranchent-ils aux ciseaux le sommet de l'ongle, qu'ils arrondissent, qu'ils taillent de toutes façons; toujours l'ongle, bien que raccourci, se brise dans sa partie libre, *s'étoile, s'écaille, s'exfolie, se brésille*, et présente pour sommet une série d'aspérités inégales, de dentelures, de crénelures, lesquelles se continuent souvent avec des fendillements longitudinaux de la lamelle unguéale.

Cette variété s'observe surtout aux ongles des mains. Elle est infiniment plus rare aux orteils.

2° Seconde variété : **Décollement partiel de l'ongle**.

Dans cette forme, l'ongle semble se soulever à son extrémité inférieure; il se détache des tissus auxquels il doit adhérer normalement, il se décolle de *bas en haut*. A l'aide d'un instrument aigu, par exemple d'une pointe d'acier introduite sous l'ongle, on peut suivre les progrès de ce décollement, qui arrive quelquefois à séparer la lamelle unguéale de sa matrice sur une hauteur assez considérable. Extérieurement, du reste, la limite des portions détachées et des portions adhérentes se traduit par un changement de coloration appréciable à la surface de l'ongle, qui, comme l'a dit Barthélemy, prend d'ores et déjà « l'aspect d'un ongle mort ».

Il est assez rare que ce décollement *inférieur* (je l'appelle inférieur parce qu'il procède de bas en haut, contrairement à d'autres variétés d'onyxis qui détachent l'ongle de haut en bas), il est assez rare, dis-je, que ce décollement inférieur arrive à rompre toutes les adhérences de la lamelle unguéale et à en provoquer la chute. Le plus souvent il se limite et n'atteint que le tiers ou la moitié de la hauteur de l'ongle. Consécutivement, la lésion se répare par la croissance des portions supérieures de l'ongle, lesquelles reprennent adhérence avec les tissus sous-jacents.

3° Troisième variété : **Décollement total et chute de l'ongle**.

Dans cette variété, l'ongle se détache peu à peu des parties sous-jacentes, se décolle progressivement dans toute son étendue, en donnant de plus en plus l'impression d'un ongle *mort*; puis, quand toutes ses adhérences se sont rompues, il finit par tomber, en laissant à découvert ce qu'on appelle la matrice et le lit de l'ongle.

Ce travail de séparation se fait sans douleur, à ce point que certains sujets — peu soucieux de leur personne, il faut en convenir — sont parfois surpris de voir un de leurs ongles détaché sans avoir

un instant soupçonné qu'il fût malade. J'ai dans mes notes, par exemple, l'histoire d'un jeune maçon qui perdit à son insu *tous* les ongles des orteils. Fort étonné un beau jour de cette découverte, il se mit à la recherche des ongles qu'il n'avait plus, et en trouva deux dans l'une de ses chaussettes. De même une femme de nos salles nous racontait dernièrement qu'elle venait de trouver dans ses draps l'ongle d'un de ses gros orteils, et cela à sa grande stupéfaction, disait-elle, car « elle ne savait pas l'avoir perdu ».

Mais, le plus habituellement, quand on a affaire à des malades moins indifférents d'eux-mêmes, ou bien encore quand la lésion porte sur les mains, le décollement progressif de l'ongle, quoique toujours insensible ou presque insensible, en tant que douleur, n'échappe pas à l'attention et peut être suivi dans tous ses détails. On voit alors l'ongle se bomber au niveau de sa racine, faire relief, se soulever; bientôt on aperçoit son bord supérieur qui, détaché et poussé en avant (suivant le mode habituel de croissance ou d'élimination de la lamelle unguéale), laisse à nu derrière lui une petite surface rosée, sèche et squameuse, laquelle n'est autre que la matrice de l'ongle. Cette surface devient de jour en jour plus considérable, à mesure que progresse le travail d'élimination. Puis l'ongle se décolle de plus en plus et finit par tomber.

Mais, avant même qu'il soit détaché, déjà un processus régénérateur s'est établi, et un nouvel ongle tend à se constituer. Celui-ci s'accroît et se développe. Parfois il pousse aussi régulier de forme que celui dont il a pris la place; mais, en d'autres circonstances, il reste plus ou moins arqué, incurvé, crochu, voire ratatiné, rabougré. — On a dit même qu'en certains cas de cet ordre la régénération unguéale ne se produit pas, et que l'ongle est remplacé simplement par une masse informe de matière cornée. Je ne saurais garantir ce dernier fait, ne l'ayant pour ma part jamais observé dans la forme d'onyxis relativement bénigne dont il vient d'être question.

4° Quatrième variété : **Pachyonyxis**.

Infiniment plus rare que les variétés précédentes, le pachyonyxis (de *παχύς*, épais) consiste en un épaississement de la lamelle unguéale, qui est doublée, triplée, quadruplée de volume, ou même qui peut prendre un volume énorme, comme sur une pièce déposée au musée de Saint-Louis par notre regretté collègue le D<sup>r</sup> Hillairet. On voit, sur cette pièce, un ongle affecté de la sorte présenter une épaisseur qui dépasse un demi-centimètre.

Ce développement hypertrophique se produit principalement ou du moins est surtout appréciable vers le bord libre de l'ongle, qu'on trouve non pas seulement épaissi, mais inégalement brisé, rugueux, clivé, offrant une série de cassures et d'aspérités des plus irrégulières, en même temps qu'une coloration brune, noirâtre ou presque noire.

Comme aspect, comme physionomie, cette dernière forme d'onyxis



se rapproche des singuliers états morbides décrits (à tort ou à raison) sous les noms de *psoriasis* ou d'*eczéma* des ongles. Mais elle s'en différencie par divers caractères. Ainsi : dans le pachyonyxis secondaire, l'ongle, bien que déformé et bombé en dos d'âne ou « en toit de maison », conserve encore cependant sa forme d'ongle et, notamment, sa surface lisse ; tandis que, dans les pachyonyxis symptomatiques de diverses dermatoses, il est souvent altéré à ce point comme aspect extérieur qu'on peut le dire amorphe ou monstrueux ; ce n'est plus un ongle, c'est une masse cornée noirâtre, inégale, anfractueuse, striée, crénelée, à la fois semée de mamelons et de fossettes, tantôt aplatie et tantôt recourbée en coquille concave, bref, irrégulière et informé au point de défier toute description, toute comparaison. — D'autre part, le pachyonyxis syphilitique n'est qu'une lésion relativement passagère, tandis que ceux d'autres origines sont bien autrement stables, permanents, chroniques. — Au surplus, le diagnostic de ces diverses altérations unguéales réside bien moins dans leur caractéristique objective que dans les considérations tirées des antécédents, des diathèses antérieures et des manifestations contemporaines d'autres sièges.

5° **Elconyxis.** — Une cinquième forme est celle à laquelle j'ai donné le nom d'elconyxis (de ἔλκος, ulcère), parce qu'elle consiste en une véritable *ulcération* de l'ongle.

Elle est constituée par une perte de substance creusée au sein du parenchyme unguéal de la même façon qu'un ulcère cutané est creusé au sein des parties molles. Cette perte de substance comprend tout ou partie de l'épaisseur de la lame unguéale. Irrégulière de forme, mais généralement ovale, elle mesure une étendue variable entre celle d'une lentille et celle d'un pépin d'orange ou d'un haricot. Ses bords sont formés par les lamelles unguéales qui semblent déchiquetées, dentelées, grignotées, vermoulues à la façon du bois rongé par les vers. Son fond repose sur la matrice ou le lit de l'ongle, qui se présente avec une coloration d'un rose grisâtre. Bref, la lésion représente une sorte d'entonnoir, ou, disons mieux, un petit *cratère* entaillé dans la substance de l'ongle et à peu près semblable à celui qu'on réaliserait sur un cadavre en grattant, en creusant l'ongle avec un canif jusqu'à le perforer de part en part.

Cette sorte d'ulcère sec de l'ongle se rencontre toujours au niveau de la région lunulaire et presque toujours latéralement.

Les diverses variétés d'onxyxis que je viens de décrire sont des lésions *silencieuses*, sans troubles fonctionnels et sans réaction inflammatoire du côté des parties molles.

Elles sont plus communes aux doigts qu'aux orteils.

Le plus souvent elles sont limitées à quelques ongles. Il n'est pas rare cependant qu'elles en affectent un nombre plus ou moins consi-

dérable (5, 6, 7, 8). — Exceptionnellement on les a vues, sous telle ou telle forme, se généraliser.

Bien qu'assez fréquentes avec les syphilis graves, elles ne comportent pas cependant de signification pronostique ; car, d'autre part, on les observe couramment au cours de syphilis légères ou moyennes.

J'ajouterai qu'indépendamment de ces lésions spécifiques l'ongle est susceptible de présenter des *lésions communes, trophiques*, de l'ordre de celles qui s'observent à la suite des maladies générales, des fièvres, du rhumatisme, de tous les grands troubles nutritifs. C'est ainsi que parfois (mais rarement, je l'avoue) on voit la syphilis déterminer le *sillon unguéal transverse*, témoignage non équivoque d'une perturbation temporaire de la nutrition de l'ongle ; — ou bien encore des taches incluses dans la lamelle unguéale, des stries, des inégalités de surface, des dépressions, des piquetures, soit appréciables à la vue, soit assez fines pour n'être perçues qu'à la loupe (*oxyxis piqueté* ou *ponctué*), comme aussi des irrégularités diverses de croissance, etc.

Relevant en toute évidence d'un trouble nutritif, les lésions de ce genre intéressent naturellement plusieurs ongles, voire parfois tous les ongles. Il se peut cependant qu'elles se localisent sur quelques-uns seulement ou même (par exception) sur un seul. Ainsi le D<sup>r</sup> Le Pileur a relaté récemment le cas très curieux d'un malade qui présentait trois fois, au cours de la période secondaire, une lésion trophique d'un seul ongle (toujours le même, celui de l'annulaire), sous forme d'un sillon curviligne au niveau de la lunule (1).

II. — **PÉRIONYXIS.** — Le périonyxis se présente sous trois formes, très inégales comme importance de symptômes, qui peuvent être qualifiées de la façon suivante :

- 1° Périonyxis sec, squameux ou corné ;
- 2° Périonyxis inflammatoire (tournoié syphilitique) ;
- 3° Périonyxis ulcéreux.

I. — Le **périonyxis sec** comprend deux variétés très distinctes :

- 1° La forme squameuse ; — 2° la forme cornée.

1° la *forme squameuse* est simplement constituée par une syphilide papulo-squameuse se produisant au voisinage de l'ongle, soit sur l'un de ses bords, soit à l'extrémité du doigt ou de l'orteil, sous la portion libre de la lamelle unguéale.

Cette forme n'offre rien de spécial que son caractère habituellement assez rebelle. Il suffit de la signaler.

(1) Voy. *Annales de dermat. et de syph.*, 1897, p. 539.