

2° La *forme cornée* pourrait être dite *cor* ou *durillon syphilitique péri-unguéal*. Elle consiste uniquement en un épaississement de l'épiderme qui borde les parties latérales de l'ongle.

Ses symptômes sont des plus simples. Au niveau du point où la peau se réfléchit pour encadrer l'ongle latéralement, il se produit un petit bourrelet longitudinal, légèrement saillant, constitué par une hypergénèse du tissu épidermique normal. Ce bourrelet s'accroît, devient très dur et réellement corné. Il forme alors un véritable *cor* péri-unguéal.

Complètement indolente tout d'abord, cette lésion ne tarde pas à s'irriter sous l'influence des frottements et à agacer les malades qui cherchent à l'arracher, qui la déchirent, qui l'écorchent, et cela sans parvenir toutefois à s'en débarrasser, car de nouvelles couches épidermiques remplacent incessamment celles qui sont détachées de la sorte. Elle devient alors légèrement sensible, saignante, excoriée par places, surtout au niveau du sillon latéral de l'ongle, et finalement elle persiste sous cette forme jusqu'à ce qu'un traitement approprié parvienne à en faire justice.

II. — Le **périonyxis inflammatoire** se présente avec des symptômes déjà plus accentués et plus importants.

Il est constitué par une tuméfaction sub-inflammatoire qui se produit autour d'une partie de l'ongle, soit sur l'un de ses côtés le plus souvent, soit plus rarement au niveau de sa racine. Cette tuméfaction légèrement douloureuse, rénitente, rougeâtre ou d'un rouge brun, encadrant l'ongle sur une partie de son contour, rappelle assez bien comme aspect la *tournoielle* vulgaire. Mais elle en diffère par la marche lente et chronique de ses phénomènes morbides, aussi bien que par leur terminaison. Jamais, en effet, cette lésion ne forme d'abcès. Elle subsiste dans le même état pendant un temps fort long, toujours dure et solide; puis, ou bien elle s'atrophie et disparaît par un véritable travail de résorption sur place, analogue à celui que subissent les papules syphilitiques; ou bien elle s'ulcère à sa surface, à la façon encore de ces mêmes papules, dont le néoplasme aboutit parfois, comme nous le verrons bientôt, à un processus ulcératif.

Le cas le plus habituel toutefois pour cette forme de périonyxis, c'est de rester *sèche* pendant toute sa durée et sur toute l'étendue des parties affectées. Tout au plus produit-elle, dans le sillon qui borde l'ongle, une crevasse longitudinale, laquelle, irritée par les froissements, s'excorie, suppure légèrement ou se couvre de croûtes adhérentes.

La lésion s'en tient là le plus souvent, surtout quand elle siège aux mains. Il s'en faut même que dans tous les cas elle détermine la chute de l'ongle. Mais, lorsqu'elle affecte le gros orteil, lorsque surtout elle est négligée ou abandonnée à elle-même, elle ne manque

guère de se compliquer et aboutit alors soit aux lésions communes de l'ongle *incarné*, soit à celles du périonyxis ulcéreux qu'il nous reste à décrire.

III. — **Périonyxis ulcéreux.** — Cette troisième forme est de beaucoup la plus sérieuse.

Elle est *primitive* ou *consécutive*.

Consécutive, elle succède au périonyxis inflammatoire, alors que ce dernier s'est prolongé, est devenu chronique, ou a été irrité par des causes diverses, telles que mauvais traitements, marche, fatigue, pression des chaussures, etc.

Primitive, elle résulte de syphilides ulcéreuses, développées à la périphérie de l'ongle.

Quelle qu'en soit l'origine, elle consiste en une *ulcération* qui encadre l'ongle partiellement ou en totalité, ou bien encore qui coiffe le sommet du doigt en pénétrant dans la rainure sub-unguéale. — Cette ulcération est généralement supportée par un bourrelet inflammatoire saillant, qui proémine au-dessus de l'ongle latéralement, et qui offre une teinte d'un rouge sombre, quelquefois violacé. Elle est toujours assez creuse, irrégulière de forme, à bords découpés et entaillés, à fond sanieux, grisâtre, fongueux et de *mauvais aspect*. Elle sécrète enfin assez abondamment une matière séro-purulente, mal liée, semée parfois de détritits et de stries sanguinolentes.

Quand la lésion siège aux pieds (et c'est presque toujours alors le gros orteil qu'elle affecte), elle ne manque guère, irritée par la marche, de se compliquer de phénomènes inflammatoires. Les tissus voisins deviennent rouges et tuméfiés; l'ulcération prend une teinte livide, *vineuse*, et ne sécrète plus qu'un ichor sanguinolent, fétide. Des douleurs plus ou moins intenses se manifestent et rendent la marche très difficile, sinon même impossible.

Quelquefois encore, quand elle a persisté un certain temps sous forme d'ulcération creuse, cette variété de périonyxis prend un autre aspect. Elle bourgeonne, elle s'élève, et dégénère en une sorte de tissu fongueux, de *champignon* mollasse, qui s'exhausse autour de l'ongle où qui, se renversant sur lui, le recouvre partiellement.

*Évolution. — Complications.* — Le périonyxis ulcéreux affecte toujours une marche chronique. Une fois développé, il reste ce qu'il est, ou bien il s'étend et aboutit à encadrer l'ongle tout entier. A ce dernier degré, il s'accompagne d'une *déformation* très accusée des parties, due tant au progrès et au bourgeonnement de l'ulcère qu'à l'engorgement et à la tuméfaction symptomatique des tissus circonvoisins. C'est ainsi qu'aux doigts on voit la dernière phalange se tuméfier autour de l'ulcération, s'étaler *en spatule* (suivant l'expression consacrée), ou bien devenir globuleuse et figurer comme une

petite *massue* surmontant les autres phalanges, lesquelles paraissent relativement grêles et atrophiées.

Mais c'est alors surtout que l'affection siège au gros orteil et se complique, grâce à l'incurie des malades, de phénomènes inflammatoires, c'est alors surtout, dis-je, qu'elle acquiert des dimensions incroyables et présente un aspect véritablement *hideux*. Que l'on en juge par un exemple que j'emprunterai à mes Leçons de Lourcine :

Une femme, syphilitique depuis plus d'une année, a commencé, il y a quelques mois, par être affectée d'une petite ulcération d'abord limitée au bord interne d'un des gros orteils, près de l'ongle. Elle ne s'est pas soignée; elle a continué à marcher, à travailler pour vivre, à se fatiguer même. L'ulcération alors s'est accrue, a envahi tout le pourtour de l'ongle, a enflammé les tissus voisins; finalement, elle est devenue assez douloureuse pour exiger le repos. La malade, à ce moment, s'est traînée plutôt qu'elle n'est venue à la consultation de notre hôpital. Or, vous n'imaginez pas dans quel état, lors de son entrée dans nos salles, cette malheureuse avait le pied. Le gros orteil était *énorme*, énorme au point de dévier les orteils voisins; il était rouge, livide, érysipélateux, excessivement douloureux au moindre attouchement. Un vaste ulcère, *noir et gangreneux*, entourait tout l'ongle, mesurant au moins 6 centimètres en longueur sur 4 à 5 centimètres de large, sécrétant en abondance un ichor sanguinolent, et exhalant une odeur d'une fétidité extraordinaire. Tout cela est bien changé aujourd'hui, car quatre à cinq jours de repos et de soins ont modifié du tout au tout cette épouvantable lésion. Toutefois vous pouvez encore, sur cette malade, apprécier les divers caractères du périonyxis ulcéreux à son plus haut degré de développement. Voyez d'abord l'orteil. Il est pour le moins *triplé de volume*, surtout au niveau de la dernière phalange, et présente la forme d'un battant de cloche. Toute la face supérieure de cette phalange est convertie en une ulcération, dont les bords, taillés absolument à pic, mesurent *plus d'un centimètre* d'élévation, et dont le fond irrégulier, anfractueux, brunâtre, violacé, présente encore çà et là des lambeaux *gangreneux*. Au centre de l'ulcère subsiste l'ongle, incarné, brunâtre, comme ratiné sur lui-même; il est mobile, car ses adhérences ont été rompues sur la plupart des points, et l'on pourrait presque le *cueillir* avec une pince. Quant aux tissus périphériques, vous constatez encore qu'ils sont fortement engorgés, tendus, rougeâtres, et douloureux au toucher; mais ce n'est plus là qu'un diminutif très atténué de l'inflammation violente, phlegmoneuse et gangreneuse même, que nous avons eu à combattre ces derniers jours.

Dois-je ajouter que la chute de l'ongle est inévitable comme conséquence de telles lésions? Cela va sans dire. Toujours l'ongle tombe à la suite du périonyxis ulcéreux. Et c'est même fort heureux qu'il tombe; car, partiellement décollé, il constitue dans la plaie un véritable corps étranger. En raison de sa rigidité et de ses bords tranchants, il irrite incessamment les parties, il les enflamme, il y entretient de vives douleurs. Aussi sa chute est-elle un bénéfice pour les malades et une condition presque indispensable de guérison. La nature en général se charge de cette élimination; mais il est souvent

utile de l'aider dans ce travail et de rompre les dernières adhérences qui rattachent l'ongle aux tissus sous-jacents.

Soumis au traitement que j'indiquerai bientôt, le périonyxis ulcéreux se cicatrise et guérit. Et alors, de deux choses l'une: Si la matrice de l'ongle n'a été que superficiellement ou partiellement intéressée, un nouvel ongle repousse, mais difforme, incomplet, arqué, crochu, etc. A-t-elle été profondément ulcérée et détruite, il ne se produit plus sur la cicatrice que de petites plaques ou de petits mamelons épars de matière cornée. L'extrémité du doigt ou de l'orteil reste alors déformée pour la vie, figurant une sorte de moignon irrégulier, où l'ongle n'est plus représenté que par une surface sèche, dure, rugueuse, incomplètement revêtue de débris unguéaux.

*Traitement.* — Quel traitement réclament les diverses lésions dont nous venons de parler?

Contre l'onxyxis proprement dit, rien à faire évidemment en dehors du traitement général. Tout topique serait superflu.

Il n'en est pas de même pour le périonyxis. Un traitement local doit lui être appliqué concurremment avec la médication générale. Ce traitement joue même le principal rôle et contribue bien plus rapidement que les remèdes internes au travail de cicatrisation.

1° Pour la forme sèche, pour la variété cornée plus spécialement, des agents de *protection* suffisent. On se bornera à protéger le cor syphilitique contre les froissements ou les frottements qui sont pour lui des causes d'irritation. Dans ce but, le recouvrir de baudruche agglutinative, de bandelettes de sparadrap et d'un doigtier en peau de gant.

2° La forme inflammatoire réclame pour quelques jours l'emploi des antiphlogistiques locaux, des bains généraux, des bains locaux, des cataplasmes émollients, utiles encore à un autre point de vue pour détacher les croûtes qui peuvent s'être formées. — Plus tard, c'est-à-dire après trois ou quatre jours, recourir au *pansement occlusif*. En autres termes, recouvrir l'extrémité du doigt ou de l'orteil de bandelettes entre-croisées de diachylon ordinaire ou de taffetas de Vigo. Ce mode de pansement, aidé au besoin de quelques attouchements à la teinture d'iode, est certes ce qui réussit le mieux.

3° Contre le périonyxis ulcéreux: Tout d'abord, si l'inflammation est vive et intéresse les parties voisines, indication évidente de s'en tenir pour quelques jours aux antiphlogistiques: bains généraux, prolongés et répétés, fomentations émollientes, cataplasmes de fécule froids, etc.; — nécessité absolue du repos, si la lésion siège au pied; — puis, le plus tôt possible, pansement occlusif au taffetas de Vigo. La méthode occlusive, appliquée suivant les préceptes de Chassaignac, rend ici les plus grands services. Elle calme les douleurs; elle modifie et déterge la plaie; elle favorise, elle appelle, si je puis ainsi dire, la cicatrisation. J'en ai toujours obtenu les meilleurs effets, et

je n'hésite pas à la donner comme le traitement par excellence du périonyxis ulcéreux.

L'iodoforme a été fortement préconisé en l'espèce; et, en effet, je l'ai vu maintes fois faire véritablement merveille en modifiant d'une façon très rapide le périonyxis ulcéreux. Seulement, il faut le mettre en œuvre sous des formes diverses d'après les indications du cas particulier. Si la lésion est inflammatoire, éréthique, les pansements gras à l'iodoforme sont seuls tolérés. C'est, au contraire, le pansement sec (poudre d'iodoforme et ouate) qui convient le mieux après sédation de l'état phlegmasique. — J'ai cru remarquer plusieurs fois qu'une légère aspersion d'iodoforme réussit mieux qu'une application *largâ manu*.

Diday (de Lyon) dit s'être bien trouvé de pansements à la solution de nitrate d'argent (1 gr. pour 20 gr. d'eau).

Comme indications de seconde ligne j'ajouterai : qu'à certaines étapes de l'évolution morbide il peut être utile de toucher l'ulcération soit à la teinture d'iode, soit au nitrate d'argent, lorsque surtout la cicatrisation paraît languir; — qu'il y a souvent indication à réprimer avec le crayon le bourgeonnement excessif de la plaie; — qu'on est même parfois obligé de recourir soit à des caustiques plus énergiques, soit à l'excision pour détruire les tissus végétants et fongueux qui tendent à se produire autour de l'ongle, etc.; — qu'enfin, si l'ongle tarde à se détacher et constitue un obstacle évident à la cicatrisation, il convient de l'enlever au plus vite. Presque toujours, d'ailleurs, on le trouve partiellement décollé, à ce point qu'en certains cas il suffit de le cueillir, plutôt que de l'arracher, avec une pince. Cette petite opération, habituellement peu douloureuse, produit toujours un excellent effet. Non seulement elle débarrasse la plaie d'un corps étranger très irritant, mais elle permet de la panser d'une façon régulière et complète, double condition essentiellement favorable à la cicatrisation.

Enfin, un dernier mot relativement à une vieille pratique qui consistait à attaquer d'emblée la lésion, soit par les caustiques chimiques, soit par le fer rouge. C'est là une détestable méthode, à la fois inutile et dangereuse, actuellement proscrite d'un accord unanime.

## ALOPÉCIE.

La syphilis est certainement, de toutes les maladies infectieuses, celle qui retentit sur le système pileux de la façon à la fois la plus fréquente et la plus sévère.

Elle peut affecter l'universalité du système pileux; mais ce n'est là qu'une exception des plus rares. Très généralement, elle n'est que *partielle*, et c'est le cuir chevelu qui en constitue le siège d'élection.

Tant et tant de préjugés se sont accrédités dans le public sur cette manifestation de la syphilis que je ne craindrai pas d'insister sur elle avec plus de détails que n'en comporte peut-être son importance comme symptôme.

I. — Tout d'abord, est-ce bien là une manifestation relevant de la syphilis? Les malades n'en croient rien. Pour eux, ce n'est pas la vérole qui fait tomber les cheveux, *c'est le mercure*. Ce préjugé, qui remonte loin (puisqu'on le trouve déjà signalé et réfuté par Fracastor) (1), trouve sa condamnation dans les deux considérations suivantes, à coup sûr plus que péremptoires :

1° C'est, d'abord, que des milliers de fois l'alopecie syphilitique a été constatée dans toutes ses formes, voire les plus intenses, sur des malades *qui n'avaient jamais absorbé un atome de mercure*. Diday a eu la patience d'instituer une statistique à ce sujet. Sur 60 malades syphilitiques pris au hasard, il a constaté l'alopecie 53 fois *avant* tout traitement.

2° C'est, en second lieu, que, loin de produire l'alopecie chez les syphilitiques, le mercure *la guérit*. Ici encore c'est par milliers qu'il faudrait compter les malades qui, après avoir perdu leurs cheveux par le fait de la vérole, les ont recouverts par le fait du mercure.

N'importe, cependant. Le préjugé en question n'en subsiste pas moins de nos jours dans l'esprit de tous les gens du monde.

II. — Autre croyance non moins accréditée bien qu'inverse et contradictoire de la précédente : « La vérole doit fatalement faire tomber les cheveux et aboutir à une calvitie permanente ». Il n'est guère de client qui, lorsqu'on lui annonce qu'il vient de contracter la syphilis, ne se lamente tout aussitôt à propos de la perte prochaine et irréparable de ses cheveux : « Alors, docteur, adieu mes cheveux ! Ils vont tous tomber, et me voici chauve bientôt pour toute ma vie. » Double erreur. Car : 1° Pour être un symptôme fréquent, très fréquent, de la syphilis, l'alopecie n'en est pas un symptôme constant, fatal, inévitable. Et, de plus, elle n'affecte, pour la plupart des cas, qu'un degré bénin, qui, même chez les sujets insuffisamment traités, reste presque inappréciable; — 2° Elle ne constitue — considération plus importante encore — qu'une manifestation *temporaire*, réparable par le traitement, voire réparable *sponte sua*, sans dégénérer jamais en une lésion permanente. *Jamais la vérole n'a fait de chauves*, comme je l'établirai par ce qui va suivre.

*Échéance d'invasion*. — Ici encore, autre préjugé, d'après lequel l'alopecie constituerait un témoignage de « vieille vérole », de vérole

(1) « ... Chose singulière, dit Fracastor, nous avons vu se développer de nos jours (comme symptôme du Mal français) une manifestation jusqu'alors inconnue, consistant en la chute des cheveux, de la barbe et des sourcils. Cette dépilation générale, qui donne aux malades l'aspect le plus ridicule, fut d'abord considérée comme un effet des remèdes, *du mercure en particulier*; mais on reconnut plus tard qu'il fallait seulement l'imputer à la maladie. »