

Symptômes. — A son début, la kéloïde est représentée par une simple tache blanchâtre ou bleuâtre analogue à un nævus. Complètement développée elle constitue une masse de forme, de couleur, de volume variables, faisant au-dessous de la peau une saillie de 0^m,001 à 0^m,01 (BAZIN). La tumeur offre un aspect des plus bizarres : ronde, carrée, rectangulaire, cylindrique, vermiciforme, elle est munie de prolongements qui l'ont fait comparer à une écrevisse, à un crabe, d'où son nom. La surface de la tumeur, inégale, rugueuse, chagrinée, paraît tantôt rose, tantôt blanchâtre. La kéloïde rose aurait pour siège les glandes sébacées pileuses (BAZIN), d'où la qualification que lui a donnée cet auteur, acnée kéloïdique; la teinte serait due à une vascularisation anormale. La kéloïde blanche, plus dure, analogue à du fibro-cartilage, beaucoup plus fréquente, ne présente pas trace de vaisseaux. C'est surtout cette variété qu'ont étudiée les anatomo-pathologistes. La kéloïde donne lieu d'ordinaire à de vives démangeaisons, à des douleurs que la pression, même le simple contact des vêtements, exagèrent. Elle met habituellement plusieurs années pour arriver à son développement complet, après quoi elle reste stationnaire. Ces tumeurs sont susceptibles de disparaître spontanément, HARDY a observé plusieurs cas de ce genre. VALLERAND a vu une kéloïde se terminer par ulcération; c'est là un fait si rare, qu'HÉBRA n'hésite pas à le nier, et que HARDY, sans être aussi affirmatif, avoue n'avoir jamais rien noté de semblable.

Diagnostic. — L'aspect de la tumeur, son siège, la bizarrerie de sa forme suffiront, la plupart du temps, à en faire distinguer la nature. Pendant les premiers mois de son développement, on pourrait, dit BAZIN, confondre la kéloïde avec un tubercule de l'épithéliome ou du cancer. Le développement lent, la persistance indéfinie du mal permettront certainement, à la longue, de reconnaître l'erreur. Plus tard, il importe de ne pas confondre la kéloïde avec la sclérodermie; mais, comme le fait remarquer HARDY, la forme arrondie des plaques sclérodermiques, leur absence de saillie, leur aspect parcheminé, la diminution de la sensibilité cutanée à leur niveau sont autant de caractères servant à établir le diagnostic.

Pronostic. — La kéloïde est en réalité une affection des plus bénignes, mais il faut bien savoir qu'après les opérations elle récidive avec la plus grande facilité; il sera donc prudent de s'abstenir d'une intervention trop active.

Traitement. — Les médications les plus variées ont été proposées contre les douleurs violentes qui accompagnent parfois cette affection. On peut employer les injections de morphine, ou le sulfate de quinine s'il y a des intermittences. HÉBRA et KAPOSI recommandent la préparation suivante : Emplâtre de Vigo, emplâtre de mélilot : àà. 15 grammes. Étendez sur un linge, saupoudrez avec 12 grammes de poudre d'opium, et appliquez sur la région malade. Pour amener la guérison, tous les emplâtres et onguents résolutifs ont été successivement essayés avec le même insuccès; seuls, le mercure en frictions ou sous forme d'emplâtre de Vigo et l'iode de potassium intus et extra ont amené quelques guérisons. La rapidité des récidives a fait rejeter entièrement l'intervention chirurgicale; cependant les scarifications récemment employées semblent avoir donné d'assez bons résultats; les faits

signalés sont encore trop peu nombreux pour que l'on puisse se prononcer sur ce mode de traitement.

CHAPITRE III

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES ONGLES

Bibliographie. — FOLLIN, NÉLATON, Art. ONGLES des deux *Dictionnaires*. — *Ongle incarné*. — *Cliniques de GOSSELIN*, t. 1^{er}, p. 111, 2^e édit. — MONOD, *Union médicale*, 9 nov. 1880. — PERTUSIO, *Giorn. de l. R. Acad. di Torino*, 1874, n° 8, 1. Thèses de Paris. — 1856, HOLDER, MARIANI. — 1865, VACQUERIE. — 1861, ESMÉNARD. — 1862, LHERMINIER. — 1863, ANCEL. — 1873, DUPONT, SACRESTE. — 1874, COCHET. — 1877, BARBOUX. — 1878, BOX. — 1881, DAMÉE. Thèses de Strasbourg. — 1836, DONZEL. — 1863, MONTET. — 1869, DELACROIX.

Nous diviserons cette étude en trois groupes : 1^o lésions traumatiques; 2^o affections inflammatoires; 3^o hypertrophie.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES. — CONTUSION

Les contusions légères déterminent au-dessous de l'ongle la formation d'un épanchement sanguin très circonscrit. La transparence de l'organe permet facilement d'observer ce qui se passe dans ces circonstances. La partie liquide de cet épanchement se résorbe, puis un petit caillot brunâtre persiste pendant des mois. Chassé peu à peu par la poussée lente mais continue de l'ongle, cette petite masse brunâtre arrive au niveau du sillon qui sépare l'ongle de la pulpe du doigt, là il est facile de l'enlever; la plupart du temps il s'élimine naturellement. Au moment de l'accident, ces contusions légères occasionnent une douleur très vive, qui se calme rapidement. Parfois, dans ces circonstances, on voit survenir de l'inflammation et de la suppuration. Si la contusion est plus violente, l'ongle peut être arraché, décollé sur une étendue variable moins grande. C'est là un traumatisme assez sérieux, car il occasionne des douleurs aiguës. L'immersion de la partie malade, l'irrigation continue, surtout le bain antiseptique seront employés avec avantage. Lorsque les symptômes sont calmés, il faut remettre l'ongle en place et le maintenir par un pansement occlusif.

2^o AFFECTIONS INFLAMMATOIRES. — ONYXIS

Onyxis est un mot générique servant à désigner toutes les maladies inflammatoires aiguës ou chroniques de la matrice unguéale.

Nous aurons à étudier : 1° l'onyxis traumatique; 2° l'ongle incarné; 3° les onyxis dus à des causes générales (onyxis diathésiques).

A. — ONYXIS TRAUMATIQUE AIGU. — DERMITE AIGUË SOUS-UNGUÉALE (LE DENTU)

Les causes les plus ordinaires de cette affection sont : 1° la contusion dont nous venons d'étudier les effets; 2° la pénétration entre le derme et l'ongle d'un instrument piquant, chargé de matières septiques, d'un corps étranger quelconque (épines, morceaux de bois, de fer, etc.); le séjour dans la plaie de l'agent du traumatisme augmente encore les chances de suppuration. Le doigt atteint devient rapidement le siège de douleurs vives et lancinantes, assez violentes pour troubler le repos; le malade y perçoit des battements isochrones à ceux du pouls. Fréquemment, malgré les efforts du chirurgien, il se fait une collection purulente formant une tache jaune arrondie. Le pus, si la plaie est restée béante, trouve une voie ouverte et s'écoule, plus rarement perce l'ongle. Le plus souvent les phénomènes inflammatoires s'amendent, l'abcès se comporte alors comme les collections sanguines précédentes. On peut, dès le début, songer à enrayer l'inflammation par l'emploi des émollients; nous avons plus de confiance dans une compression méthodique, faite avec des bandelettes de diachylon sur la partie malade et la moitié inférieure du doigt. Lorsque le pus est formé il faut lui donner issue. Le procédé le meilleur consiste à gratter l'ongle de façon à y pratiquer un léger orifice, qui persiste très longtemps béant.

B. — ONGLE INCARNÉ

Cette petite infirmité, encore appelée *dermite unguéale ulcéro-fongueuse*, siège le plus ordinairement sur la partie latérale de l'ongle. GOSSELIN la désigne, pour cette raison, sous le nom de *onyxis ulcéreux latéral*. Elle est caractérisée par une ulcération du sillon unguéal avec saillie fongueuse des téguments qui surmontent l'ulcération, et tendance de l'ongle à s'incarner dans le fond de la gouttière unguéale » (LE DENTU).

Siège. — Presque constamment cette affection siège sur le gros orteil, de préférence sur le côté externe; on l'a rencontrée parfois sur les autres orteils, mais alors, dans la majorité des cas, l'onyxis dépend de l'état général.

Causes. — D'après GOSSELIN, trois facteurs principaux influent sur le développement de l'ongle incarné: 1° l'âge; 2° la condition sociale; 3° le sexe.

1° *Age.* — L'ongle incarné se rencontre particulièrement sur les sujets de quinze à trente ans. Cette période, eu égard à la fréquence décroissante de la maladie, peut être divisée en trois stades: 1° de quinze à vingt ans, 2° de vingt à vingt-six, 3° de vingt-six à trente. C'est donc là une véritable maladie de l'adolescence.

2° *Conditions sociales.* — Dans la classe aisée de la société cette affection semble rare, on l'observe au contraire assez fréquemment dans la pratique hospitalière, ce qui tient sans doute au manque de soins, aux marches, aux fatigues exagérées.

3° *Sexe.* — C'est probablement à ces mêmes causes qu'il faut s'adresser pour

expliquer la fréquence plus grande de la maladie chez l'homme que chez la femme.

Les adolescents lymphatiques et tuberculeux, chez qui la moindre plaie a de la tendance à devenir fongueuse, sont souvent porteurs d'ongles incarnés. Au dire de VERNEUIL, cité par LE DENTU, il y aurait une relation entre le diabète et l'ongle incarné; enfin cette affection se développe quelquefois pendant la convalescence des fièvres graves. Les causes locales occasionnelles paraissent assez obscures, on a invoqué l'habitude qu'ont certains sujets de se couper les ongles en rond (BOYER), la conformation vicieuse des chaussures (DUPUYTREN) la transpiration abondante des pieds (GAUJOT), la conformation spéciale du pied dit pied plat, etc. Avant d'arriver à son complet développement la maladie passe par plusieurs périodes. Primitivement, après les marches forcées ou une station verticale prolongée, le malade ressent de l'engourdissement, une gêne légère, les tissus sont rouges et tuméfiés. Avec le temps, consécutivement à un abcès ou d'emblée, une ulcération apparaît à la partie antérieure du sillon unguéal. Elle va en augmentant peu à peu, puis les fongosités envahissent; une sanie purulente s'en écoule. La douleur devient excessivement vive, agissant comme un corps étranger; la partie latérale de l'ongle, généralement terminée en pointe aiguillée, s'enfoncée dans les tissus fongueux qu'elle irrite de plus en plus. La marche devient difficile, la moindre pression détermine d'atroces souffrances.

Traitement. — En cherchant dans la science on arriverait certainement à trouver plus de soixante méthodes de traitement proposées contre cette petite infirmité; on peut juger par là de la ténacité du mal. Nous diviserons en deux classes les procédés qui nous paraissent les plus rationnels.

1° *Méthodes non sanglantes.* — Dans ce groupe nous comprendrons tous les procédés qui ont pour but, à l'aide d'un pansement approprié, de soulever la partie latérale de l'ongle et de la dégager des fongosités au milieu desquelles elle est encastellée. GOSSELIN fait remonter l'origine de cette méthode à FABRICE D'ACQUAPENPENTE. On procède en général comme suit: avec une spatule, un instrument mousse quelconque, le chirurgien fait pénétrer au-dessous de l'ongle, le long du bord malade, quelques brins de charpie, un peu d'amadou, de l'ouate, etc. Le pansement est renouvelé tous les jours ou tous les deux jours, et à chaque fois on a soin d'augmenter la quantité de matière introduite; peu à peu l'ongle est soulevé. Lorsqu'il commence à sortir des chairs, on continue le pansement jusqu'à ce que les fongosités aient disparu; avec le temps tout rentre dans l'ordre. GAUJOT propose d'imbiber les pièces du pansement de perchlorure de fer, de façon à tanner, pour ainsi dire, la rainure unguéale.

Tous les moyens de ce genre demandent des précautions et des soins assez minutieux, le traitement a toujours une longue durée; pendant cette période il est bien difficile au patient de vaquer à ses occupations, si elles nécessitent la station verticale ou des marches un peu longues; aussi, si le malade n'est pas trop pusillanime, faut-il en venir à une intervention plus radicale.

2° *Opérations diverses.* — a. *Destruction des parties molles seules.* — Ce procédé, peu employé, consiste à détruire les parties molles à l'aide d'un caustique, de façon à ce que l'ongle puisse passer au-dessus.

b. *Déplacement des chairs (Procédé de GUYON).* — Aux deux extrémités de la partie ulcérée le chirurgien pratique deux incisions longitudinales (a-b-c-d) sur lesquelles tombent perpendiculairement deux incisions transversales (bd-ef); on délimite de cette façon un rectangle (bdef) qui doit avoir une surface égale au déplacement que l'on veut obtenir. Dans toute son étendue les

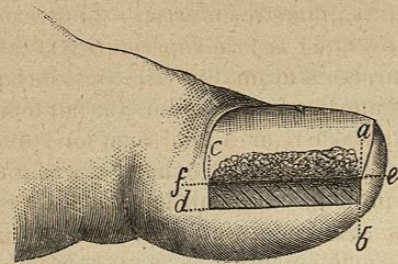


Fig. 25. — Opération de l'ongle incarné. Procédé de Guyon.

parties molles sont enlevées profondément, on réunit ensuite le bord sanglant (ef) au côté opposé (bd); de cette manière la partie de l'ulcère qui borde l'ongle est dégagée et séparée de celui-ci.

Pour opérer la réunion, GUYON prend une longue lanière de diachylon dont il enroule une des extrémités en *mettant la matière emplastique en dehors*. Il forme ainsi un petit rouleau qu'il applique près de l'ongle sur la partie ulcérée, le reste de la lanière enroulé autour de l'orteil exerce une compression légère qui assure la juxtaposition des parties cruentées. La réunion de la petite plaie se fait en général par première intention; l'ongle étant désenclavé, la guérison de l'ulcère est ensuite fort rapide. Guyon a pu suivre plusieurs de ses opérés pendant des années et jamais il n'a observé de récurrence.

c. *Arrachement de l'ongle.* — Très préconisée par DUPUYTREN, cette petite opération peut se faire en un seul temps ou en deux temps. Dans le premier cas, à l'aide d'une spatule on pénètre hardiment entre la matrice et l'ongle, puis par un mouvement de torsion on fait sauter la lame cornée. DUPUYTREN exécutait l'ablation en deux temps de la façon suivante: il enfonce une lame de ciseau jusqu'à la matrice de l'ongle en son milieu, retournait l'instrument et d'un seul coup sectionnait l'ongle, chaque fragment était ensuite arraché avec une pince.

Après ablation de l'ongle, la guérison de la plaie et des fongosités survient très rapidement, mais l'ongle repousse et le malade n'est pas toujours à l'abri des récurrences.

d. *Destruction combinée de l'ongle et des parties molles.* — C'est là le procédé le plus rationnel, celui qui assure le mieux la guérison.

1° *Méthode de BAUDENS. Procédé en copeau.* — Le tranchant d'un bistouri court et fort est appliqué en arrière de la matrice unguéale; d'un seul coup, on fait sauter un copeau allant presque jusqu'à l'os, et comprenant toutes les parties malades.

2° *Procédé de GOSSELIN.* — L'ongle est arraché en deux temps, comme le faisait

DUPUYTREN, puis « on enlève une languette de peau comprenant, en avant, une partie du bourrelet cutané et les fongosités anormales, en arrière, la partie latérale externe de la matrice de l'ongle ».

3° *Procédé de TH. ANGER.* — Nous empruntons la description suivante à la thèse d'un des élèves de ce chirurgien, le D^r DUPONT. « L'orteil solidement fixé de la main gauche, un bistouri est plongé perpendiculairement en dehors du bourrelet fongueux, à un millimètre en arrière du niveau de la matrice. Cette transfixion peut se faire soit de la face supérieure à la face inférieure, soit inversement. La lame tournée en avant, on taille ainsi un lambeau externe formé par toute la partie latérale saine de la pulpe. On fait tenir ce lambeau écarté, pendant que le bistouri est de nouveau porté au fond de l'incision; d'un seul coup on enlève les portions charnues, le bord unguéal incarné et la portion de matrice correspondante. Le lambeau externe appliqué contre la nouvelle surface saignante est maintenu en contact au moyen d'une petite bandelette. Un pansement ouaté complète ce procédé, rapide comme exécution et comme suite. » En dix jours la guérison serait obtenue.

Tous ces moyens sont fort douloureux, cependant anesthésier le malade pour une opération de si courte durée nous paraît téméraire, mais on peut très bien faire de l'anesthésie locale en pulvérisant de l'éther. Certains auteurs conseillent d'insensibiliser la région à l'aide d'un mélange réfrigérant; il faut se défier de ce moyen qui expose à la gangrène. On se servira encore avec avantage d'un procédé employé en 1860 par MARTENOT (de Cordoue). Ce chirurgien faisait à la base de l'orteil une douzaine de tours à l'aide d'un fil en caoutchouc de 3 à 4 millimètres de diamètre. Il produisait ainsi l'arrêt de la circulation et si l'on a soin d'appliquer cette ligature quelques minutes avant l'opération, le malade n'éprouve aucune douleur.

3° LÉSIONS SYPHILITIKES DES ONGLES

Bibliographie. — DOMINIC, *Union médicale*, p. 354, 1858. — HUTCHINSON, *Union méd.*, 1858, p. 328. — V. DE MÉRÜ, *Brit. Med. Journ.*, p. 45, 1865. — BETZ, *Giornale Italiano delle Malat. venerie*, 1868, t. II, p. 180. — EM. KOHN, *Wien. Med. Press*, 1870. — *Annales de derm. et de syph.*, t. III, 1871. — FOURNIER, p. 12. — B. SMITH, p. 140. — DIDAY, p. 182. — GERMINA, *Giornale Ital. delle Malat. venerie*, p. 349, 1874. — RICORD, *Clinique iconographique des maladies vénériennes*, p. 42, fasc. 3. — ROLLET, J., *Traité des maladies vénériennes*, 1866. — LANCEREAUX, *Traité de la syphilis*, 2^e édit., Paris, 1874. — FOURNIER, *Leçons sur la syphilis*, Paris, 1873. — JULIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1878.

Les lésions produites sur les ongles par la syphilis, dit FOURNIER, sont de deux ordres: les unes n'intéressent ou paraissent n'intéresser que l'ongle lui-même (onyxis proprement dit), les autres se produisent au voisinage de l'ongle, qui n'est atteint que plus tard (péri-onyxis).

Dans le premier groupe, quatre genres: 1° onyxis craquelé; 2° décollement partiel de l'ongle; 3° décollement total et chute de l'organe; 4° onyxis hypertrophique.

Nous avons observé un cas qui ne nous semble rentrer dans aucun de ceux-ci. Les ongles du malade, tant au pied qu'à la main, étaient absolument décolorés; là se bornait toute la lésion. Ils présentaient une teinte blanc jaunâtre ambrée qui défiait toute comparaison; leur résistance et leur vitalité n'étaient altérées en rien. Fatigué de l'insuccès des traitements qu'il avait subis, le patient eut l'idée de racler chaque jour ses ongles. L'affection se modifia peu à peu; la coloration normale reparut, la maladie avait duré deux ans.

a. *Onyxis craquelé*. — Cette lésion est caractérisée par une friabilité spéciale de l'ongle qui se fendille, s'écaille, se casse dans sa portion libre. Rare aux orteils, cette variété a été observée plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

b. *Décollement partiel*. — L'ongle, comme soulevé à son extrémité libre, se décolle de bas en haut, une coloration différente marque à l'extérieur la limite du mal. Rarement le décollement devient complet, il n'atteint guère que le quart ou la moitié de l'organe; en croissant, du reste, celui-ci reprend peu à peu son adhérence.

c. *Décollement total*. — L'ongle se détache insensiblement des parties sous-jacentes et finit par tomber sans douleur, insensiblement. Pendant que l'ongle malade se détache ainsi, il s'en forme un autre tout aussi régulier que le premier.

d. *Onyxis hypertrophique*. — Variété exceptionnelle. L'épaississement siège surtout vers le bord libre; semblable à une petite massue, l'ongle devient rugueux, cassant, écailleux.

Péri-onyxis. — Trois formes : *sèche, inflammatoire, ulcéreuse*.

a. *Forme sèche*, deux variétés. — 1° *Péry-onyxis sec* ou *squameux*; une syphilide papulo-squameuse autour de l'ongle constitue cette affection. 2° *Péri-onyxis corné*; c'est un épaississement de l'épiderme qui borde les parties latérales de l'ongle.

b. *Forme inflammatoire*. — Un des côtés de l'ongle ou sa racine est occupé par une tuméfaction sub-inflammatoire fort analogue à la tourniole. Il est rare de voir les parties malades s'ulcérer; jamais il ne survient d'abcès. Chez les individus peu soigneux on voit se former de véritables ongles incarnés.

c. *Péri-onyxis ulcéreux*. — Beaucoup plus grave, cette variété peut succéder à la précédente, ou s'établir d'emblée, sous forme de syphilides ulcéreuses à la périphérie de l'ongle. Quelle que soit son origine, « elle est constituée par une ulcération qui encadre l'ongle en totalité ou en partie; cette ulcération est généralement supportée par un bourrelet inflammatoire saillant, proéminent au-dessous de l'ongle, et qui offre une teinte rouge sombre, parfois violacée. Elle est toujours assez creuse, de forme irrégulière, à bords découpés et entaillés, à fond sanieux, grisâtre, fongueux et de mauvais aspect; elle sécrète abondamment une matière séro-purulente, mal liée, semée parfois de stries et de détritits sanguinolents » (FOURNIER). Après avoir persisté longtemps, car la marche de la maladie paraît essentiellement chronique, l'ulcération se comble. Des bourgeons charnus mollasses forment autour de l'ongle un véritable champignon.

Traitement. — L'onyxis syphilitique doit être traité par des moyens généraux. Contre le péri-onyxis ulcéreux, une fois les symptômes inflammatoires disparus, une coque de Vigo bien appliquée, la poudre d'iodoforme ou les baignonnages avec une solution de nitrate d'argent (DIRAY) constituent le meilleur pansement.