

gauffrés, et formant un bourrelet très-épais. Le fond de l'ulcère, de couleur chair vive, anfractueux, est baigné d'une matière séro-purulente qui exhale une odeur spéciale. Cette ulcération, large de 1 à 5 centimètres lors de son plus grand développement, est entourée d'une auréole d'un rouge érysipélateux et n'occasionne en général ni douleur au malade, ni trouble dans sa santé générale. Les symptômes inflammatoires cessent peu à peu, et l'ulcère reste trente à quarante jours dans cet état indolent. Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques en rapport avec l'ulcère s'engorgent quelquefois et deviennent douloureux.

Le bouton de Biskra est unique ou multiple. S'il y a plusieurs ulcères très-rapprochés les uns des autres, ils se réunissent pour former une ulcération ovulaire.

Au bout d'un ou deux mois de durée, la réparation de l'ulcère se fait par l'élévation du fond et l'affaissement des bords. La cicatrice, primitivement livide, acquiert peu à peu l'aspect d'une cicatrice de brûlure au troisième degré.

La forme croûteuse a une marche plus lente. Une sérosité purulente suinte à la surface des tubercules, plus petits que ceux de l'autre variété, et donne lieu à des croûtes sèches, lisses ou fendillées, verdâtres ou grisâtres, qui tombent et se renouvellent facilement. Au-dessous des croûtes, on trouve une surface rouge, luisante, humide : cette forme persiste cinq ou six mois, une année même ; elle est aussi la plus fréquente.

La durée du bouton de Biskra varie de quatre à dix-huit mois, mais l'émigration abrège de beaucoup cette durée. Le bouton attaque les étrangers et les indigènes, mais il n'atteint pas tout le monde. Quant aux étrangers, sur 2275 hommes composant la garnison de Biskra, de 1844 à 1851, il y a eu 232 entrées à l'hôpital pour le bouton de Biskra.

ÉTILOGIE. — On ignore la cause de cette singulière affection. Comme le bouton apparaît en général après les chaleurs de l'été, à l'époque de la maturation des dattes, on a attribué à l'usage des dattes fraîches le développement de cette éruption ; mais il y a trop d'exceptions à cette cause pour qu'on puisse l'admettre. L'analogie, assez probable, quoique non démontrée encore, du bouton d'Alep avec le bouton de Biskra, a porté quelques médecins à donner à ces deux affections une cause commune, l'eau potable de la rivière ; mais l'endémie n'a pas cessé depuis que la garnison de Biskra ne boit plus l'eau de cette rivière (Oued el Kantara) et l'a remplacée par l'eau d'une citerne alimentée par la pluie. Aucune de ces causes, pas plus que l'action du sable saharien, n'a une influence positive. Ce bouton n'est pas contagieux. On ne l'observe point chez les chiens, comme cela a lieu pour le bouton d'Alep.

TRAITEMENT. — On a employé tour à tour contre cette affection les amers, les toniques, les sudorifiques, les évacuants légers, les mercuriaux *intus et extra*, le soufre associé à l'iodure de potassium, les caustiques, etc., sans de grands avantages. Les habitants sont persuadés de l'inefficacité de ces moyens et laissent la maladie suivre ses phases habituelles.

## CHAPITRE II.

## MALADIES DES ONGLES.

L'étude des maladies des ongles doit être faite après celle des maladies de la peau, puisque les ongles sont des parties du tégument externe qui ont seulement subi des modifications spéciales. En effet, les lames de l'ongle, dans leur portion molle comme dans leur portion cornée, sont formées de cellules épidermiques, fortement tassées les unes au-dessus des autres. Le *derme sous-unguéal*, ou *lit de l'ongle*, ne diffère point par sa structure du reste de la peau, et les petites crêtes comme les lamelles qui recouvrent sa surface ressemblent aux crêtes et aux papilles qu'on voit sur d'autres parties du tégument : c'est l'organe sécréteur de l'ongle. La figure ci-jointe, empruntée à Kölliker, donne une idée exacte de la disposition réciproque de ces diverses parties.

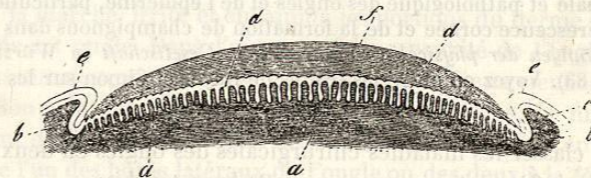


Fig. 11. — Section transversale de l'ongle et du derme sous-unguéal. — Grossissement huit fois. — a, a, lit de l'ongle avec ses petites crêtes; b, b, derme des parties latérales du derme sous-unguéal; c et d, couche de Malpighi; e et f, couche cornée.

Ces simples indications anatomiques permettent déjà de comprendre que la plupart des altérations de la couche cornée de l'ongle sont consécutives à des lésions de son organe sécréteur, car cette couche ne peut éprouver directement que les altérations physiques ou chimiques des corps qui ne participent plus au mouvement de la vie. Nous ne parlerons ici que des maladies du *lit de l'ongle* qui produisent des changements dans la forme et la consistance de la lamelle cornée de l'organe, et qui peuvent offrir quelque intérêt au chirurgien. Les altérations des ongles dans les maladies aiguës et dans la phthisie pulmonaire ne doivent pas non plus nous occuper, et nous renvoyons le lecteur, pour cette partie de la pathologie des ongles, aux mémoires publiés par Pigeaux (1), Trouseau (2) et Vernois (3).

HISTORIQUE. — On trouve dans les plus anciens auteurs des notions sur la déformation des ongles, mais la plupart de ces renseignements, consignés à titre de curiosité, étaient restés sans emploi jusqu'au moment où l'on a commencé à écrire la pathologie des ongles. Le traité de Frank (de Franckenau), *Onychologia curiosa*, etc. (Iéna, 1641), est le premier essai

(1) *Archives de médecine*, 1832, t. XXIX, p. 174.

(2) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 1833-1834, 1<sup>re</sup> année, p. 351.

(3) *Archives de méd.*, 1839, 3<sup>e</sup> série, t. VI, p. 310.

BIBLIOTHECA  
MUSEI HIST. NAT. URSINIANI

de ce genre, mais il faut arriver aux travaux publiés dans notre siècle pour trouver une étude tout à fait scientifique des maladies des ongles. Je compléterai quelques points de cette étude par des observations que j'ai eu l'occasion de faire dans mon service à l'hospice de la Salpêtrière. Voici l'indication des principaux mémoires sur la pathologie chirurgicale des ongles :

BLECH, *Tractatio de mutationibus unguium morboris*. Berlin, 1816. — ROYER-COLLARD, *De quelques altérations des ongles et de la peau qui les environne* (*Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques*, 1826, t. II, p. 199). — LÉLUT, *Études anatomiques et pathologiques sur l'onglade* (*Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques*, 1827, t. IV, p. 225). — A. BESSERER, *Observationes de unguium anatomia atque pathologia*. Bonnæ, 1834. — DONZEL, *Essai sur l'ongle incarné, suivi de la description d'un nouveau procédé opératoire* (thèse de Strasbourg, 1836). — JARDON, *Considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'ongle et son organe générateur* (thèse de Paris, 1836, n° 131). — VIRCHOW, *Zur normalen und pathologischen Anatomie der Nägel und der Oberhaut, insbesondere über hornige Entartung und Pilzbildung an den Nägeln* [De l'anatomie normale et pathologique des ongles et de l'épiderme, particulièrement de la dégénérescence cornée et de la formation de champignons dans les ongles] (*Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg*, 1853, Bd. V, S. 83). Voyez en outre les traités de Rayet et Simon sur les maladies de la peau.

On peut classer les maladies chirurgicales des ongles en deux groupes : 1° affections inflammatoires ou onyxis ; 2° hypertrophies.

#### ARTICLE PREMIER.

##### ONYXIS.

On doit comprendre sous le nom d'*onyxis* les diverses inflammations du lit de l'ongle et des replis du derme qui le circonscrivent en arrière et sur les côtés. L'*onyxis* peut être *traumatique* ou *spontané*, *aigu* ou *chronique*.

Certaines variétés d'*onyxis* ont reçu des noms spéciaux, suivant qu'elles ont davantage frappé l'esprit des observateurs. Ainsi, l'*onyxis* qui se développe sur le côté de l'ongle a été particulièrement décrit sous le nom d'*ongle incarné* (Monteggia), d'*ongle rentré dans les chairs* (Desault), tandis que celui qui envahit le derme sous-unguéal et le repli cutané rétro-unguéal a été plutôt désigné sous les noms d'*onglade* (Astruc), d'*onychchia maligna* (Wardrop). Nous diviserons, avec Dupuytren, l'*onyxis* en deux variétés : 1° l'*onyxis latéral*, 2° l'*onyxis sous-unguéal et rétro-unguéal*. Cette division est suffisante pour constituer l'histoire générale de la maladie.

##### § I. — Onyxis latéral. — Ongle incarné.

Cette sorte d'*onyxis*, qui revêt surtout une forme chronique, siège principalement au côté interne du gros orteil ; on l'a vue à d'autres orteils et aux doigts, mais c'est là un fait très-exceptionnel. Elle donne lieu le plus souvent à l'incarnation de l'ongle. Toutes les parties de l'ongle peuvent s'incarner,

suivant le siège de l'*onyxis* ; mais ordinairement ce sont les bords latéraux de l'ongle qui s'incarnent, et l'on cite comme des faits très-rares l'incarnation de la racine et de la partie libre antérieure de l'ongle.

Dans la variété d'*onyxis* que nous étudions, l'incarnation se fait tantôt à la réunion du bord latéral avec le bord antérieur de l'ongle, tantôt à la partie postérieure du bord latéral, ce qui constitue une forme un peu plus rare de la maladie.

ÉTIOLOGIE. — Tout le monde s'accorde à reconnaître que des chaussures trop étroites, en comprimant l'ongle et son organe sécréteur, déforment ces deux parties, et finissent souvent par amener un *onyxis latéral chronique* et une incarnation de l'ongle. Dionis (1) faisait déjà remarquer autrefois que la maladie ne se rencontrait pas dans les couvents de religieux déchaussés où l'on portait des chaussures larges. Les chaussures mal faites, quoique larges, peuvent, par des raisons faciles à comprendre, agir comme des chaussures étroites.

Si l'ongle est primitivement déformé, peu mobile, la pression des souliers dans la marche irrite et enflamme les portions du derme situées sur les bords de cet ongle. Dans d'autres cas, la convexité de l'ongle est augmentée par une mauvaise chaussure, et ses bords latéraux viennent appuyer dans le sillon aplati du derme. Jardon admet que, dans la majorité des cas, le point de départ de l'*onyxis* réside dans l'incurvation en bas, augmentée, de l'un des bords latéraux de l'ongle ou des deux à la fois.

Boyer et d'autres auteurs ont soutenu que l'*onyxis* était quelquefois dû à l'habitude de couper en rond le bord antérieur de l'ongle. La pression que la pulpe de l'orteil éprouve dans la progression ferait, selon Boyer (2), remonter la peau en manière de bourrelet au-dessus des extrémités de la ligne courbe que présente le bord libre de l'ongle, et lorsque celui-ci vient à croître, il agirait sur la peau qui lui résiste, l'irriterait, l'enflammerait et l'ulcérerait. Mais c'est là une cause très-exceptionnelle d'ongle incarné, si une pression intempestive du soulier ne vient pas s'y joindre.

L'*onyxis latéral chronique*, avec incarnation de l'ongle, se voit aussi dans une déformation assez fréquente du premier orteil, la déviation en dehors. Il y a en même temps une torsion de la deuxième phalange ou des deux phalanges de l'orteil ; le bord externe de l'ongle est porté en bas et le bord interne s'élève d'une quantité équivalente. La partie externe de la pulpe de cet orteil, refoulée et comprimée par l'ongle, se change en une fongosité inflammatoire.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'*onyxis latéral* s'annonce par une douleur légère et un peu de rougeur au niveau d'un des sillons. Ces accidents se dissipent souvent à la suite du repos, mais une marche un peu longue les ramène bientôt. Les chairs latérales se gonflent, recouvrent l'ongle, et l'on constate quelquefois un petit abcès dans l'épaisseur du derme. Cet abcès,

(1) *Cours d'opérations*, 8<sup>e</sup> édition, 1777, p. 622.

(2) *Traité des maladies chirurgicales*, t. XI, p. 65, édit. 1831.

qui s'accompagne de tuméfaction, de battements et de fièvre, suit sa marche ordinaire, s'ouvre, et, au lieu de se cicatriser, persiste sous la forme d'une fongosité sanieuse sur le point que l'ongle irrite sans cesse, ou comme une ulcération plus ou moins profonde.

Dans d'autres cas, l'incarnation de l'ongle se fait par un autre procédé. Les chairs, refoulées contre l'ongle, s'ulcèrent peu à peu, végètent, et, sous l'influence du travail phlegmasique qui se produit, l'ongle se détache de son lit dans une étendue variable. L'ulcération fongueuse du derme donne lieu à une suppuration qui est rendue souvent très-fétide par une abondante sueur des pieds et par la macération de l'épiderme.

La petite fongosité qui recouvre plus ou moins l'ongle et fait désigner cette maladie sous le nom d'*ongle incarné*, est entourée de tous côtés par un derme rouge et tuméfié, ce qui fait paraître l'ongle plus enfoncé encore dans les chairs. En général, cette inflammation reste limitée à la peau, et très-rarement elle se propage au périoste et aux os.

Les malades qui souffrent de l'ongle incarné voient leurs souffrances diminuer ou s'accroître en proportion de la fatigue de leurs pieds et de la constriction plus ou moins forte de ces parties dans les chaussures; aussi, soulagés par le repos, restent-ils souvent assez longtemps sans demander l'avis du médecin. Mais peu à peu fatigués de cette infirmité douloureuse, obligés d'interrompre leurs travaux et de marcher sur le talon pour ne pas imprimer de pression à la pulpe du gros orteil, ces malades viennent consulter le chirurgien, et se décident à subir quelque opération. Du reste, il n'est pas rare de voir l'ulcération de l'ongle incarné s'accompagner d'angioloécite et d'adénite. On a vu aussi, dans quelques cas d'onxyis et d'incarnation de l'ongle, la douleur être assez vive pour produire des convulsions.

On peut confondre cette variété d'onxyis avec la suivante; nous indiquerons plus bas quels sont les caractères différentiels.

TRAITEMENT. — La thérapeutique de l'onxyis latéral compliqué d'incarnation de l'ongle est très-riche en médications de toute sorte et en procédés opératoires; mais beaucoup de ces médications et de ces procédés sont aujourd'hui tombés dans un oubli profond. Ceux de mes lecteurs qui voudront prendre une connaissance exacte de ce sujet le trouveront bien exposé dans la thèse de Donzel, auteur qui a pris la peine d'aller à la source de tous les travaux qu'il cite. Je ne parlerai ici que d'un très-petit nombre de ces procédés, de ceux enfin qui ont surnagé au naufrage des autres.

Lorsqu'on est, au début de cette lésion, consulté par un malade soigneux de sa personne, on peut souvent éviter toute opération sanglante par quelques précautions très-simples. Il suffit alors de glisser chaque matin au-dessous de l'ongle quelques brins de charpie ou un peu d'amadou, de façon à empêcher le frottement de l'ongle contre les chairs, qu'on peut toucher de temps en temps légèrement avec l'azotate d'argent. J'emploie à cet effet un petit carré d'amadou dont je glisse un des bords sous

l'ongle; j'enduis ensuite d'une pommade au tannin ou à l'alun (axonge, 15 grammes; tannin ou alun, 4 grammes) la portion opposée de la plaque que j'ai soin de rabattre sur la fongosité en la comprimant par une bandelette de diachylon. Ce simple pansement, joint à quelques soins de propreté, peut, s'il est continué pendant une quinzaine de jours, guérir presque sûrement à son début l'ongle incarné, qui ne s'accompagne pas d'un décollement profond.

Mais, pour beaucoup de malades, de semblables conseils sont inutiles, et l'on doit songer tout de suite à l'opération, qui est du reste toujours indiquée lorsque le lit de l'ongle est enflammé, fongueux, décollé de la couche cornée.

Les procédés opératoires employés contre cette maladie s'adressent, soit aux chairs fongueuses au-dessous desquelles l'ongle s'incarne, soit à l'ongle même, soit enfin au derme sécréteur de l'ongle. Ces derniers procédés donnent seuls, d'une façon à peu près certaine, la cure radicale de l'ongle incarné.

1° *Procédés par l'ablation des chairs.* — Albucasis (1) conseillait déjà d'inciser et de cautériser les fongosités qui naissent au-dessus de l'ongle, et Ambr. Paré (2) n'hésitait pas à trancher aussi d'un seul coup la chair qui était recourbée sur l'ongle.

On arrive plus régulièrement au même résultat en enfonçant un bistouri à plat entre l'ongle et les chairs qui le cachent, de façon à tenir au-dessus de la lame tout ce qui dépasse le niveau de l'ongle. On porte ensuite le bistouri en avant jusqu'au bout de l'orteil, et l'on détache ainsi un lambeau qu'on allonge vers la base du doigt jusqu'à 4 millimètres au delà de la partie postérieure de l'ongle. On peut aussi cautériser énergiquement à plusieurs reprises les bourgeons charnus qui se produisent dans cette circonstance, et qui ont de la tendance à végéter.

Levrat Perrotin (3) remplace le bistouri par la potasse caustique qu'il applique sur les fongosités à travers une fenêtre faite à un morceau de diachylon. Quand l'eschare est détachée, il glisse sous l'ongle une plaque d'éponge préparée, et la cicatrice, refoulée en bas, s'effectue, dit-il, convenablement.

2° *Procédés par action directe sur l'ongle.* — On a conseillé de rétrécir l'ongle, de le redresser et de l'enlever.

a. *Rétrécissement et redressement de l'ongle.* — Les procédés dans lesquels on veut rétrécir l'ongle en le ratissant vers son milieu, de façon à le diviser en deux portions qu'on pousse ensuite l'une contre l'autre, sont sans valeur et aujourd'hui justement abandonnés. On essaye, comme nous l'avons dit, de redresser l'ongle en glissant au-dessous de la portion qui s'incarne un bourrelet de charpie ou quelques lamelles d'amadou, mais on n'em-

(1) *Chirurgiæ pars secunda*, caput xci.

(2) *Opérations de chirurgie*, XV<sup>e</sup> livre, t. II, p. 457, édition Malgaigne.

(3) *Journal général*, t. XXXIII, 2<sup>e</sup> série.

pioie plus guère, ni la petite lame de fer-blanc dont Desault introduisait l'extrémité légèrement recourbée entre l'ongle et les chairs, ni les agrafes d'argent autrefois vantées par Dudon, Vésigné, Labarraque, pour agir sur les bords de l'ongle sans porter nécessairement contre les chairs. On trouvera dans la thèse de Labarraque (1) l'exposé d'un de ces procédés plus ingénieux que pratiques; mais on peut aisément remplacer ces instruments par un simple petit rouleau de charpie.

b. *Ablation de l'ongle.* — L'ablation totale ou partielle de l'ongle compte des procédés plus sérieux que la méthode précédente. Quelques chirurgiens conseillent d'enlever tout l'ongle, tandis que d'autres n'en font disparaître qu'une partie.

L'ablation totale de l'ongle peut être faite avec une élégante rapidité par le procédé suivant.

S'il s'agit d'enlever l'ongle du gros orteil, par exemple, on saisit assez fortement de la main gauche le pied et le gros orteil, tandis que de la main droite on décolle avec l'extrémité aplatie de la spatule, tenue comme une plume à écrire, la peau qui recouvre la racine de l'ongle. Lorsque l'instrument a atteint le bord postérieur de l'ongle, on lui fait exécuter un mouvement de bascule de façon à lui faire faire un angle très-aigu avec l'orteil malade. L'extrémité de la spatule est alors engagée sous l'ongle, on la pousse rapidement et avec force en avant jusqu'à la partie antérieure, et l'on arrive ainsi à décoller et à arracher l'ongle.

Cette opération guérit en une douzaine de jours, mais l'ongle ne commence à se montrer que du quinzième au vingtième jour.

Cependant ce procédé n'est pas toujours aussi facile et aussi peu douloureux qu'on l'a supposé; car l'ongle, quelquefois ramolli, se déchire, et l'opérateur est obligé de s'y reprendre à deux fois. On emploie alors un procédé moins brillant, mais plus sûr, qui peut servir aussi pour une *ablation partielle*: celui de Dupuytren (2).

*Procédé de Dupuytren.* — Il faut engager sous la partie moyenne du bord antérieur de l'ongle l'une des lames de ciseaux pointus, étroits, mais résistants, et pousser cette lame jusqu'à 4 millimètres au moins au delà de la partie visible de l'ongle, qu'on divise alors d'un seul coup. On saisit ensuite avec une forte pince la portion malade, et on l'arrache de la partie moyenne vers le bord libre en lui imprimant une sorte de mouvement de torsion.

Le procédé de Dupuytren est encore mis en pratique par beaucoup de chirurgiens de nos jours; mais on peut lui substituer un procédé moins brutal, celui de Fabrice d'Acquapendente (3).

*Procédé de Fabrice d'Acquapendente.* — Ce chirurgien commençait d'abord par isoler l'ongle des chairs avec un peu de charpie; il coupait ensuite

(1) *Note sur un procédé de traitement de l'ongle dans les chairs sans opération chirurgicale* (thèse de Paris, 1837, n° 101).

(2) *Leçons orales de clinique chirurg.*, t. IV, p. 391.

(3) *De chirurgicis operationibus.* Padoue, 1647, p. 129.

longitudinalement une portion de l'ongle jusqu'au point où cette lame cornée adhère aux parties sous-jacentes, puis il saisissait cette lanière de l'ongle avec des pinces et l'arrachait sans violence. Fabrice recommençait la même opération le lendemain et les jours suivants, jusqu'à ce qu'il eût enlevé toute la portion incarnée de l'ongle.

Malgaigne (1) adopte, dans la majorité des cas, le procédé de Fabrice d'Acquapendente, car il a remarqué que la portion incarnée de l'ongle a cessé en grande partie d'adhérer aux chairs sous-jacentes; il incise donc avec précaution toute cette portion incarnée, et, après l'avoir arrachée, il place un peu de charpie râpée sous les chairs.

Cette petite opération peut permettre au malade de ne pas garder la chambre, mais elle ne garantit point contre les récurrences.

3° *Procédés dans lesquels on enlève l'ongle et le derme sous-unguéal.* — On peut faire l'ablation totale et l'ablation partielle de l'ongle avec le derme sous-jacent: mais pour l'onyxis latéral l'ablation partielle est seule indiquée.

J'ai eu souvent recours à ce dernier procédé, qui n'a jamais cessé de me donner les meilleurs résultats.

L'ablation partielle de l'organe sécréteur de l'ongle était pratiquée par Larrey, qui commençait par arracher la portion d'ongle malade, en suivant à peu près le procédé de Dupuytren; il enlevait ensuite avec un bistouri une portion correspondante du derme sécréteur de l'ongle, et cautérisait enfin la plaie avec le fer rouge.

Il est possible de simplifier et de régulariser ce procédé opératoire, et voici celui qui m'a paru le plus commode à mettre en pratique.

Après avoir anesthésié la partie malade à l'aide d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin, on trace, comme dans la figure ci-contre (fig. 12), quatre incisions qui comprennent avec les chairs fongueuses une languette plus ou moins large de l'ongle et du derme sous-unguéal. Une petite incision transversale à 5 millimètres en arrière du repli qui recouvre la racine de l'ongle, forme la partie postérieure de ce quadrilatère, dont le bord antérieur répond à la partie libre de l'ongle. Les deux incisions latérales sont tracées l'une au delà du bourrelet des chairs fongueuses, l'autre sur l'ongle même, à une distance variable du milieu de cet ongle. Les lignes ponctuées de la figure ci-jointe donnent une bonne idée de la disposition de ces quatre incisions. Il faut avoir soin de disséquer le lambeau assez profondément pour ne pas laisser dans la plaie des fragments du derme sous-unguéal. Du reste, on se contente souvent de n'enlever qu'une bandelette du derme de 1 à 2 millimètres de largeur.

Les choses ainsi faites, on panse la plaie avec une ou deux plaques d'amadou cératé qu'on soutient par une compresse et une petite bande.

(1) *Manuel de médecine opératoire*, 7<sup>e</sup> édit., p. 59.

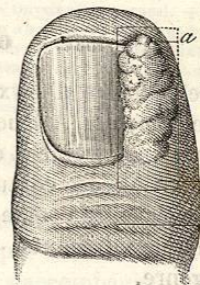


FIG. 12. — Onyxis latéral avec incarnation de l'ongle — a, a, chairs fongueuses comprises dans quatre incisions; b, ligne articulaire.

BIBLIOTHECA  
MUSEI HISTORICO-NATURALIS  
MUSEI HISTORICO-NATURALIS

Ce pansement n'est renouvelé qu'à la fin du troisième jour, et la cicatrisation est, en général, facile et prompte. Mais on doit toucher de temps en temps par l'azotate d'argent les bourgeons charnus qui ont de la tendance à végéter dans la plaie. Quand la cicatrisation est obtenue, l'ongle a diminué de largeur, et ne peut en aucun cas arriver contre les chairs latérales.

Les nombreux procédés opératoires proposés pour la cure de l'onxyis latéral doivent laisser le chirurgien souvent indécis sur ce qu'il faut faire, et commandent un choix. Or il faut, en résumé, distinguer ici deux cas. Dans le premier, le mal récent, peu étendu, existe chez des individus soigneux de leur personne; on arrive alors presque toujours à le guérir: 1° par le soulèvement de l'ongle à l'aide d'un petit rouleau de charpie qui écarte la lame cornée des chairs; 2° par la simple excision de la portion décollée de l'ongle, comme le conseille Fabrice d'Acquapendente; 3° par quelques cautérisations légères sur l'ulcère fongueux de l'ongle; 4° enfin par une compression méthodique, douce et progressive.

Dans le second cas, l'onxyis latéral est ancien, profond, chez un malade peu soigneux; on doit alors avoir recours à une opération qui assure promptement la cure radicale, et c'est l'ablation partielle de l'ongle et de son derme sous-jacent qu'il faut pratiquer. Ce procédé, convenablement appliqué, n'est jamais suivi de la récurrence du mal, et ne s'accompagne pas d'une lésion étendue; la guérison de la plaie ne se fait pas attendre plus d'une douzaine de jours.

Il est inutile d'ajouter qu'après la guérison on recommandera au malade de ne plus faire usage des chaussures étroites qui ont déjà occasionné le mal une première fois.

### § II. — Onxyis sous-unguéal et rétro-unguéal.

Cette forme d'onxyis, à laquelle on a plus particulièrement donné le nom d'*onglade* (Astruc), d'*onychïa maligna* (Wardrop), naît quelquefois à la suite de violences qui s'exercent directement sur l'ongle, comme des piqures ou des contusions qui le décollent. La pénétration d'un corps étranger entre l'ongle et le derme sous-jacent, le contact avec des produits chimiques irritants, sont aussi la cause d'accidents inflammatoires de ce genre.

Chez des individus qui ont l'ongle du gros orteil très-épais en avant, la pression du soulier sur la partie antérieure de cet ongle le fait peu à peu basculer, et la racine de l'ongle, soulevée dans ce mouvement, vient presser douloureusement sur le repli postérieur du derme et développer parfois là un état inflammatoire chronique.

On voit aussi l'onxyis sous-unguéal ou rétro-unguéal se montrer spontanément chez des enfants lymphatiques ou chez des individus affaiblis par des excès ou des diathèses. La maladie occupe souvent tour à tour plusieurs orteils ou plusieurs doigts.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les caractères de la lésion sont différents suivant que la maladie envahit d'abord le derme sous-unguéal ou le repli cutané rétro-unguéal. De là deux variétés: 1° *onxyis sous-unguéal*, 2° *onxyis rétro-unguéal*.

1° *Onxyis sous-unguéal*. — La lésion s'annonce dans ce cas par de la chaleur et une douleur assez vive à l'extrémité du doigt; du pus se forme très-rapidement au-dessous de l'ongle, et l'on en reconnaît la présence à une tache jaune sous-unguéale. Il n'est pas rare de trouver un petit point noir au centre de la tache jaune, quand la suppuration est produite par un fragment de bois, de métal, etc. Si la maladie fait des progrès, du pus fétide s'accumule au-dessous de l'ongle, le décolle et vient se faire jour à sa circonférence. Ces phénomènes ne se produisent pas sans que l'ongle devienne mobile et se détache peu à peu. Le lit de l'ongle, alors mis à nu, est rouge, sensible, granuleux, et ne tarde pas à se recouvrir d'une couche cornée très-mince; parfois il s'ulcère, et la solution de continuité est très-douloureuse, taillée à pic et recouverte de petites lamelles unguéales qui se mêlent à la suppuration.

2° *Onxyis rétro-unguéal*. — La maladie débute par une tuméfaction légère et un cercle rougeâtre à la racine de l'ongle. Au bout de peu de temps ce cercle augmente de largeur: la peau prend une coloration violacée et acquiert une sensibilité très-vive. Le repli cutané qui circonscrit l'ongle devient le siège d'une ulcération (fig. 13) qui s'accompagne d'une suppuration jaunâtre ou grisâtre, fétide et assez abondante; à ce moment le lit de l'ongle change de couleur et de consistance. Il devient noirâtre, mollasse, et, comme dans la variété précédente, se détache peu à peu de l'ongle en laissant une surface rouge, inégale, humectée de pus grisâtre et surmontée des débris d'une matière cornée, incomplètement développée, qui se confond avec le pus desséché.

Ces lésions de l'ongle et du derme sous-unguéal s'accompagnent d'un gonflement de la pulpe du doigt, qui prend ainsi, à son extrémité antérieure, la forme grossière d'une spatule.

Il existe en même temps de très-vives douleurs et parfois de petites angioleucites. Une fièvre plus ou moins intense, avec de l'insomnie et de l'agitation, se montre souvent encore, et tout cela constitue une maladie longue, assez grave, qui peut se propager aux os et aux articulations.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'onxyis sous-unguéal et rétro-unguéal varie suivant la cause de la maladie. On peut quelquefois prévenir cet accident en traitant d'abord par les réfrigérants les contusions de l'ongle;

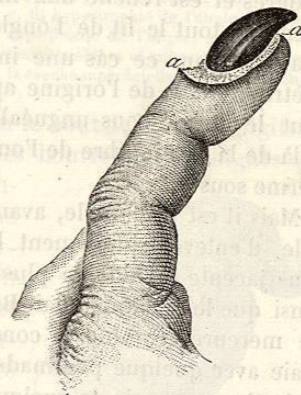


FIG. 13. — Onxyis rétro-unguéal. — L'ulcération *aa*, d'abord née dans le repli postérieur de l'ongle, a fini par entourer complètement cette lame cornée, qui est devenue noire, s'est épaissie et a pris une forme spéciale.