

L'ongle jouit latéralement d'une grande mobilité. Mais ce qu'il faut tout particulièrement accuser, c'est la fâcheuse habitude que l'on a de couper les ongles trop courts sans en arrondir les deux angles latéraux. Dans ces conditions, lorsqu'une chaussure trop étroite vient presser les parties molles contre ces angles saillants, on comprend qu'elles puissent devenir le siège d'une ulcération. L'ongle, en s'accroissant, pénètre dans les parties molles et peut, finalement, les perforer.

Les moyens de traitement qui ont été proposés contre cette affection, sont extrêmement nombreux, et, encore de nos jours, on voit naître, presque chaque année, de nouvelles méthodes qui, pour la plupart, ont été imaginées dans le but de restreindre l'emploi du bistouri. Nous ne jugeons pas à propos de passer en revue, ne fût-ce qu'une partie des méthodes de traitement dont l'inutilité a été reconnue. Un certain nombre d'entre elles consistent dans des manœuvres ayant pour but de soulever le bord de l'ongle hors de sa gouttière, et l'on a même eu l'idée de construire un petit appareil permettant d'obtenir ce résultat; d'autres auteurs ont proposé de détruire l'ulcération par l'application de substances caustiques, ou, tout à la fois, les parties molles ulcérées et l'ongle lui-même par l'emploi de la potasse caustique.

NORTON, dans ces derniers temps, a conseillé de faire pénétrer entre l'ongle et les parties molles fongueuses un petit tampon de coton imprégné d'une solution de carbonate de potasse. Si l'on a soin de maintenir le coton continuellement imbibé de cette solution (1 : 4), l'ongle se ramollit, et peut être facilement enlevé avec les ciseaux, ou bien il se désagrège même complètement.

Comme il est bien certain que la suppuration et les granulations sont entretenues par le bord de l'ongle, il est évident que l'ablation de cette partie de l'organe constitue la méthode de traitement la plus rationnelle. Au début et dans les formes légères de la maladie, l'opération consistant à tailler obliquement le rebord de l'ongle, est, en général, parfaitement suffisante; on en excise un coin dont l'extrémité pointue correspond à la partie du bord de l'ongle située en arrière de l'endroit malade; on aura soin de ne pas laisser, le long du nouveau bord, un angle qui, en s'accroissant, deviendrait une nouvelle cause d'irritation. Aussitôt après l'excision, on cautérise les granulations avec un crayon de nitrate d'argent, et l'on applique un pansement consistant dans un tout petit rouleau de sparadrap que l'on introduit dans la gouttière de l'ongle, et que l'on fixe au moyen d'étroites bandelettes de cette même substance.

J'ai, du reste, aussi obtenu la guérison par la simple excision, sans l'emploi des autres moyens auxquels j'attribue peu d'importance, bien qu'ils aient été de nouveau conseillés à eux seuls comme méthode de traitement.

Dans les cas plus graves et de plus longue durée, avec production abondante de granulations s'étendant sur tout le bord de l'ongle, il ne suffit plus d'en exciser simplement une portion triangulaire. En effet, le bord de ce dernier, taillé obliquement, ne tarde pas, en s'accroissant, à pénétrer de nouveau dans la masse des granulations. Il s'agit, ici, d'enlever toute la partie de l'ongle comprise dans la gouttière latérale, et cela jusqu'à son extrémité postérieure cachée dans la matrice unguéale.

EMMERT veut que l'on enlève non pas l'ongle lui-même, mais les parties molles qui le recouvrent latéralement. Dans ce but, il les refoule d'avant (de la face plantaire) en arrière et en dehors, de façon à les faire saillir sur le côté de l'orteil, puis il en pratique l'excision d'arrière en avant de manière à enlever tout le bourrelet qui recouvre le bord de l'ongle, et à produire une plaie dirigée verticalement au-dessous de ce bord.

Nous ne voyons pas pourquoi cette méthode opératoire serait moins douloureuse et ne produirait pas une lésion aussi grave que l'extraction de l'ongle. D'autre part, nous avons peine à croire qu'elle offre des garanties plus sérieuses au point de vue des récidives. Elle a été, du reste, de nouveau conseillée dernièrement par GAY. De même HILLEBRAND et PETERSEN ont proposé des méthodes analogues à celle d'EMMERT. PETERSEN plonge la pointe du bistouri perpendiculairement de la face dorsale à la face plantaire, entre l'ongle et le bourrelet des parties molles, dans la région de la matrice unguéale, et divise les tissus d'arrière en avant en imprimant des mouvements de scie à l'instrument; il taille ainsi un lambeau cutané comprenant toute la partie malade de l'orteil, puis il sectionne ce lambeau à sa base. En outre, il pratique ensuite l'extirpation de l'ongle. Le malade est tenu de garder le lit quinze jours, et le pied doit être placé dans une position élevée.

L'ablation de tout le bord de l'ongle incarné a été exécutée d'abord par DUPUYTREN, suivant un procédé consistant à introduire l'une des branches de ciseaux droits jusqu'en arrière de la matrice unguéale, et à sectionner l'ongle complètement. A l'aide d'une forte pince à pansements, il saisissait ensuite transversalement la partie de l'ongle à enlever, et, par un mouvement de torsion, l'arrachait de sa gouttière. Il arrive facilement que l'opération reste incomplète, et que des portions de l'ongle laissées dans la plaie, soient une cause de récidive. Aussi fera-t-on bien, dans tous les cas, de combiner l'extirpation du rebord de l'ongle avec l'excision de la partie postérieure correspondante de la matrice unguéale, ainsi que des parties molles malades situées latéralement.

Après avoir bien nettoyé l'orteil avec la brosse et le savon, et l'avoir convenablement désinfecté, on fait une incision qui, partant de l'extrémité antérieure de l'ongle, contourne latéralement les parties molles malades en décrivant un arc de cercle à grand rayon, et circonscrit en arrière la matrice unguéale sur une longueur d'environ un centimètre, pour se terminer sur la face dorsale de la phalange. Les deux extrémités de cette incision sont réunies par

une seconde incision pratiquée à l'aide de ciseaux, dont on introduit l'une des branches au-dessous de l'ongle jusqu'au-delà de la matrice unguéale. Saisissant ensuite transversalement avec une forte pince à dissection ou à pansement le segment d'ongle qu'il s'agit d'enlever, on arrache ce dernier, ainsi que les parties molles, par un mouvement de torsion imprimé à l'instrument, et l'on extirpe ensuite à l'aide des pinces et du bistouri ou des ciseaux pointus, les restes de parties malades qui se trouvent encore dans la plaie.

A la suite de cette petite opération on désinfecte la plaie, et lorsque tout écoulement sanguin est arrêté, on la saupoudre d'iodoforme et l'on fixe sur l'orteil, à l'aide de bandelettes de sparadrap, un pansement de coton-charpie boriqué. La plaie guérit dans l'espace de quelques jours, et l'on n'a pas à craindre de récidive, le bord de l'ongle ayant été entièrement enlevé avec la partie correspondante de la matrice unguéale.

Pour pratiquer cette opération, on fera bien de soumettre préalablement le malade à l'action du chloroforme.

On se gardera bien, d'ailleurs, de confondre l'ongle incarné avec la forme d'ulcération que nous avons déjà décrite à la main sous le nom d'**onyxis**. Nous nous contentons de renvoyer le lecteur au paragraphe 135 de la première partie de ce volume, où il trouvera tous les renseignements nécessaires concernant le diagnostic et le traitement de cette affection.

§ 182. — On observe à la **face plantaire du pied** diverses formes d'ulcérations, en partie très rebelles à nos moyens de traitement. Rappelons tout d'abord que les callosités qui se produisent surtout au talon et dans la région des têtes métatarsiennes, deviennent parfois le siège d'une suppuration; sous la partie indurée naît un petit abcès d'autant plus rebelle au traitement qu'il s'est développé dans une bourse séreuse existant déjà normalement (LENOIR) ou formée accidentellement. Le pus décolle et ulcère la peau et donne lieu à des trajets fistuleux qui, en l'absence de repos et d'un traitement convenable, arrivent peu à peu jusque dans les gaines tendineuses et les articulations sous-jacentes. L'ulcération entourée de masses épidermiques formant des callosités, constitue alors une affection de très longue durée, qui ne peut guérir que par le repos prolongé, l'incision et l'excision de la peau décollée, l'ablation des parties osseuses malades, etc.

Outre cette forme d'ulcération, qui n'est pas rare chez les diabétiques, et que GOSSELIN a désignée sous le nom de **dermosynovite plantaire ulcéreuse**, on observe aussi parfois, dans cette même région, des **ulcères syphilitiques**, comme aussi des **cancroïdes** s'accroissant très lentement. D'autre part, il est hors de doute que la plante du pied est parfois le siège d'inflammations de la peau qui ont une tendance à la gangrène locale, et qui doivent être mises sur le compte d'une dégénérescence athéromateuse des artères.

Une forme particulière d'ulcération que l'on observe également à la face plantaire, a été décrite depuis longtemps par les chirurgiens français, sous le nom de **mal perforant du pied**. Ce qui caractérise cette affection, c'est que, après avoir débuté sous la forme d'une suppuration superficielle siégeant

sous l'épiderme épaissi, elle s'étend progressivement dans la profondeur et envahit les os et les articulations, qu'elle suit une marche chronique, sans s'accompagner de douleurs, et que cette marche n'est guère modifiée par les divers moyens de traitement. Le mal perforant, lorsqu'il guérit, a une grande tendance aux récidives, non seulement au même endroit, mais aussi dans d'autres régions du pied.

Ce qui jette un peu de jour sur la nature de cette affection, ce sont les troubles de la sensibilité que l'on observe dans le voisinage immédiat de l'ulcération, ou même sur une étendue considérable de la surface cutanée. Ce phénomène a été surtout étudié d'une façon très approfondie par DUPLAY et MORAT, et observé également dans ces derniers temps par divers chirurgiens allemands (SONNENBURG, FISCHER, P. BRUNS). En outre, le pied malade présente certains troubles trophiques; les ongles sont hypertrophiés et irréguliers, la peau est épaissie en certains endroits. Enfin on a constaté des anomalies de la sécrétion de la sueur. ESTLÄENDER a trouvé que le mal perforant constituait aussi un symptôme de la lèpre anesthésique. D'autre part, chez les diabétiques, on observe certaines paresthésies partielles particulières qui, parfois, s'accompagnent de lésions tout à fait semblables au mal perforant.

Les ulcérations plantaires profondes que l'on désigne sous le nom de mal perforant, ont été observées chez des personnes affectées de troubles nerveux les plus divers, tels que ceux qui succèdent à une fracture de la colonne vertébrale ou apparaissent dans le cours du développement d'une tumeur de la moelle épinière, ou encore sont symptomatiques, soit de certaines maladies du cerveau avec paralysie, soit d'affections des nerfs périphériques de cause connue (blessure du sciatique, etc.) ou inconnue. DUPLAY et MORAT avaient donc parfaitement le droit d'affirmer que le mal perforant se développe sous l'influence d'une dégénérescence des nerfs de la région correspondante, à la suite d'une blessure même tout à fait légère de la peau; du reste, les recherches des auteurs allemands cités plus haut n'ont fait que confirmer cette manière de voir. C'est pourquoi nous approuvons complètement la proposition de FISCHER de sortir ce processus morbide de l'obscurité mystérieuse dont on l'a enveloppé en lui donnant le nom de « mal perforant », et de remplacer cette dénomination par celle d'**ulcération névro-paralytique de la plante du pied**.

Dans le **traitement** de cette affection, tout en observant les règles générales, on devra surtout prendre en considération la cause primordiale de l'ulcération. On cherchera à exciter les nerfs par le traitement électrique sous la forme soit du courant faradique, soit du courant constant. Contre toute attente, on réussit ainsi, dans nombre de cas, à obtenir la guérison. On pourrait aussi essayer d'administrer l'iodure de potassium à l'intérieur. Enfin vient, comme dernière ressource, l'amputation de la partie malade.

Les ulcérations persistantes de la région du talon guérissent parfois, à la suite de la résection de la partie postérieure du calcanéum. J'ai obtenu ainsi plusieurs fois la guérison, entre autres dans un cas d'ulcération névro-paralytique datant de plusieurs années.

§ 183. — Une affection extrêmement fréquente au pied, consiste dans la production de masses épidermiques, dures, cornées, qui pénètrent jusque dans le corps papillaire, où elles exercent une compression sur les