

mais si l'on aperçoit par transparence un corps étranger au-dessous de l'ongle, on doit amincir cette partie peu à peu à l'aide d'un bistouri, et enlever ce corps étranger. On aura recours à des bains et à des applications émollientes, en même temps qu'on amincira l'ongle, si l'on trouve au-dessous de lui une collection purulente. On prévient de la sorte des accidents plus graves.

L'onglade de nature syphilitique est très-avantageusement traitée par la médication mercurielle et des pansements journaliers avec quelque pommade excitante, comme celle au précipité rouge. On peut, dans ce cas, attendre l'élimination spontanée de l'ongle.

Dans l'onglade qui se développe spontanément chez les scrofuleux, il faut avoir recours à un traitement assez actif, si la maladie fait de rapides progrès et est rebelle aux moyens simples. Dupuytren conseillait alors d'enlever tout le lit de l'ongle à l'aide du procédé suivant. Le chirurgien pratique dans ce cas une incision profonde, demi-circulaire, à 7 millimètres au delà de l'origine apparente de l'ongle. Il cerne ainsi en arrière tout le derme sous-unguéal, et dissèque d'arrière en avant, jusqu'au delà de la partie libre de l'ongle, un lambeau qui comprend l'ongle et le derme sous-jacent.

Mais il est préférable, avant d'avoir recours à une opération aussi radicale, d'enlever simplement l'ongle, et de modifier la surface dermique sous-jacente à l'aide de plusieurs cautérisations avec l'azotate d'argent, ainsi que le recommandait Béclard, ou mieux encore avec le nitrate acide de mercure, comme le conseille Gosselin (1). On pansera, du reste, la plaie avec quelque pommade excitante.

Après un onyxis de quelque durée, le nouvel ongle ne se reproduit pas toujours sous la forme normale.

ARTICLE II

HYPERTROPHIE DES ONGLES.

L'hypertrophie des ongles peut être, chez les vieillards, la source d'accidents que le chirurgien doit connaître, et j'en dirai quelques mots. On l'observe surtout au gros orteil.

Cette hypertrophie s'accompagne toujours d'une augmentation dans le volume du lit de l'ongle et revêt différentes formes vicieuses que l'on connaît sous le nom d'*onychogryphoses*. Il faut étudier séparément les *lésions de la substance cornée* et celles du *derme sous-unguéal*.

1° *Lésions de la substance cornée*. — *a*. La forme la plus commune est celle représentée ici (fig. 14) : l'ongle a une forme conique à base dirigée en avant. La lamelle la plus superficielle de l'ongle est séparée du derme sous-unguéal par un amas de lames épidermiques, placées les unes au-dessus des autres, sèches, cassantes et peu adhérentes entre elles;

(1) ESMENARD, *Considérations anatomiques, etc., sur les ongles et de l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale rebelle* (thèse de Paris, 1861).

on observe quelquefois entre ces couches d'épiderme des champignons qui ont été étudiés par Virchow. Sur une pièce que je possède, et qui a servi au dessin de la figure 14, la pointe du cône, au lieu d'être amincie, a 1 centimètre d'épaisseur; elle s'est dégagée du repli dermique qui recouvre le bord postérieur de l'ongle, et sa consistance, comme sa couleur, font ressembler cette partie à un morceau de corne de mouton.

b. Dans une seconde variété d'hypertrophie, tout l'ongle se montre comme une masse cubique qui s'élève sous une forme droite ou légèrement recourbée en arrière.

c. On trouve encore assez souvent des ongles en griffe (fig. 15), en spirale. Dans les premiers, l'extrémité libre de l'ongle, fortement recourbée en avant, vient quelquefois perforer le bout de la pulpe digitale.

d. On voit parfois à la surface de l'ongle des bourrelets curvilignes qui sont produits par une perturbation momentanée des fonctions du lit de l'ongle, comme à la suite d'une marche forcée, d'une contusion de l'ongle ou d'une inflammation à son voisinage. Jardon prétend que l'ongle n'est pas là plus épais qu'ailleurs, et qu'à la face inférieure du bourrelet on trouve une concavité que remplit une saillie du derme sous-unguéal; cette sorte d'hypertrophie du derme sous-unguéal disparaîtrait même par le refoulement qu'exerce sur elle l'ongle qui pousse d'arrière en avant. J'ai examiné un certain nombre de ces bourrelets, et je pense, contrairement à Jardon, que le tissu corné subit une hypertrophie proportionnelle au développement du derme sous-unguéal.

La substance qui constitue cette hypertrophie des ongles est sèche, surtout à la superficie, où l'humidité des couches profondes n'arrive plus; elle est en même temps cassante et d'un blanc jaunâtre. Sa structure microscopique est celle de toutes les productions épidermiques, mais on ne peut bien l'étudier dans ses éléments qu'en traitant par une solution de potasse ou de soude une coupe mince de ces ongles. On voit alors se séparer les unes des autres des cellules épidermiques pavimenteuses à petit noyau (fig. 16), absolument identiques avec celles de l'épi-

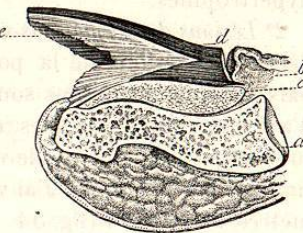


FIG. 14. — Coupe d'une hypertrophie de l'ongle et du derme sous-unguéal. — *a*, phalange; *b*, repli cutané rétro-unguéal; *c*, lit hypertrophié de l'ongle; *d*, lamelle superficielle de l'ongle; *e*, ensemble de lamelles sèches et minces comprises entre la couche superficielle *d*, et le lit de l'ongle.



FIG. 15. — Hypertrophie de l'ongle deux fois courbé sur lui-même.

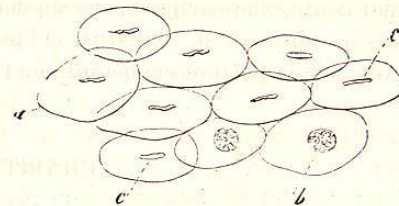


FIG. 16. — Cellules épidermiques de l'ongle, traitées par une solution de potasse. — *a*, *b*, *c*, différents aspects du noyau.

derme normal. Ces cellules, tassées les unes contre les autres, disposées en couches concentriques, constituent toute la substance de ces ongles hypertrophiés.

2° *Lésions du derme sous-unguéal.* — On s'est borné le plus souvent à décrire les lésions de la portion cornée de l'ongle, et, tout en reconnaissant que ces lésions sont consécutives à celles du lit de l'ongle, on n'a guère insisté sur ces dernières. Or, on trouve toujours le derme sous-unguéal augmenté de volume dans ces épaisissements de la portion cornée de l'ongle. J'ai vu ce derme atteindre ainsi jusqu'à 5 millimètres de hauteur (fig. 14, c). L'étendue du lit de l'ongle est souvent alors notablement raccourcie. Mais quand l'ongle a acquis une épaisseur très-grande chez des vieillards où la nutrition se ralentit énormément, il peut agir sur le derme sous-unguéal comme un corps étranger, le comprimer, l'atrophier, et même diminuer l'épaisseur de la phalange qui le supporte.

La surface du lit de l'ongle n'est pas toujours égale; on y constate parfois une saillie brusque qui se traduit à l'extérieur par une disposition correspondante de la portion cornée. Cette surface, au lieu d'être légèrement feuilletée, est assez souvent recouverte d'éminences papilliformes ou de lamelles hypertrophiées qui sont rouges et gorgées de vaisseaux. J'ai rencontré aussi des lits de l'ongle épaissis, mais peu vasculaires. Le tissu fibreux du derme était hypertrophié, et entre ces fibres on constatait de très-petits lobules graisseux.

On voit chez les adultes ou les enfants, à la suite d'onxyxis ou d'inflammation de la peau voisine de l'ongle, ces hypertrophies unguéales, mais chez les vieillards il est probable que l'hypertrophie est due à un défaut de soins: les ongles n'étant plus coupés deviennent durs; ils s'allongent, et subissent alors de la part des soulèvements des chocs fréquents qui, transmis au lit de l'ongle, l'irritent et lui font sécréter en abondance de la matière cornée.

Ces hypertrophies des ongles n'amènent de douleurs que dans le cas où la portion cornée de l'ongle vient, en se recourbant, presser douloureusement contre une partie voisine du derme. Cet accident est assez fréquent dans les hospices de vieillards, et l'on est obligé alors de couper avec une petite scie la portion exubérante de l'ongle.

CHAPITRE III

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE

Nous décrirons dans ce chapitre le *phlegmon circonscrit*, le *phlegmon diffus*, cette sorte de fibrome qu'on a désignée sous le titre de *tubercule sous-cutané douloureux*; enfin les accidents produits par la *filaire de Médine* ou *dragonneau*, qu'on trouve ordinairement dans le tissu cellulaire.

ARTICLE PREMIER

PHLEGMON CIRCONSCRIT

C'est déroger à l'habitude prise par quelques traités classiques, que de décrire parmi les maladies du tissu cellulaire le phlegmon circonscrit ou simple, qu'on étudie souvent dans l'histoire générale des abcès. Mais nous suivons en ce point l'exemple de Boyer, car nous pensons que des études sur les maladies du tissu cellulaire ne sauraient mieux commencer que par l'histoire de cette affection.

On désigne sous le nom de *phlegmon* (de φλέγω, je brûle) l'inflammation du tissu cellulaire situé dans l'intervalle des organes. On distingue le *phlegmon circonscrit* du *phlegmon diffus* par la circonscription exacte de la phlegmasie, et ce caractère joint à la nature en général bénigne du phlegmon circonscrit, a suffi pour le faire encore appeler *phlegmon simple*.

Le phlegmon simple peut se développer dans toutes les parties du corps, mais on l'observe de préférence dans les points où abonde le tissu cellulaire sous-cutané; les régions axillaire, cervicale, inguinale, anale, sont surtout le siège de cette affection qui envahit plus rarement le tissu sous-aponévrotique ou celui situé entre les organes splanchniques.

HISTORIQUE. — On consultera, pour la bibliographie du phlegmon simple, les articles INFLAMMATION et ABCÈS.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au début du phlegmon simple, les mailles du tissu cellulaire sont remplies d'une matière gélatiniforme, jaunâtre, qu'il est facile d'exprimer par la pression, et qui ressemble assez bien à l'exsudat couenneux qu'on trouve souvent au-dessous de l'épiderme soulevé par un vésicatoire. Ce dépôt plastique du phlegmon simple explique l'augmentation dans le volume, la densité et la résistance de la partie. L'induration du phlegmon, plus marquée au centre de la tuméfaction, diminue peu à peu vers sa circonférence, mais lorsqu'on pratique une incision étendue dans les parties voisines du mal, on les trouve encore infiltrées de sérosité. Les lésions ultérieures du phlegmon sont celles que nous avons décrites à l'article ABCÈS.

SYMPTOMATOLOGIE. — Il faut séparer ici les caractères du *phlegmon superficiel* de ceux du *phlegmon profond*.

Le *phlegmon superficiel* s'annonce par une tuméfaction peu saillante, circonscrite, arrondie, élastique, rénitente et douloureuse. La partie tuméfiée repose sur les tissus sains par une large base, et la peau qui la recouvre est d'un rouge qui ne cède point tout à fait à la pression du doigt. A mesure que la maladie se développe, la peau est plus tendue sur les tissus malades et perd de sa mobilité; la chaleur de la partie devient plus grande et la douleur plus vive. Le malade ressent là des élancements et des battements qui sont sans doute en rapport avec les pulsations des artères, car ils diminuent quand on donne à la partie une position élevée