

en bas et en dehors son côté externe ou relevant son côté interne, ce qui rend la pression sur le sol et sur la chaussure douloureuse et irritante, et cause même des ulcères perforants et des luxations incomplètes. Si l'on ajoute à cette première cause l'habitude de couper l'ongle trop court en l'arrondissant sur les côtés, on comprendra que celui-ci, comprimé par le derme incessamment pressé contre lui, l'irrite et l'ulcère, et détermine ces végétations fongueuses et douloureuses qui rendent la marche impossible, saignent et s'exaspèrent au moindre mouvement, et amènent quelquefois des inflammations lymphatiques ou veineuses, la carie ou la nécrose de la phalange.

La grande fréquence de cette affection et les difficultés réelles que l'on éprouve à la guérir, ont fait inventer une foule de procédés, dont quelques-uns reposent sur des dispositions anatomiques.

La *matrice de l'ongle* occupe une petite repli semi-lunaire en cul-de-sac, qui se trouve à cinq ou six millimètres en arrière de la naissance de l'ongle, et paraît composée, d'après l'observation directe et l'anatomie comparée, d'une foule de petites cryptes qui sécrètent la substance cornée. Toutes les fois que ces organes sont complètement détruits, l'ongle ne se reproduit plus régulièrement et il ne se forme à la face postérieure de la phalange que des rugosités cornées.

Si l'on enlève une partie de la matrice unguéale, l'ongle, faisant défaut dans une étendue correspondante, ne peut plus entretenir l'ulcération, qui guérit avec rapidité dans le plus grand nombre de cas; cependant il suffit souvent de redresser ou de couper momentanément la portion d'ongle incarnée ou les chairs qui l'entourent, pour amener une guérison complète et définitive. On a prétendu à tort que cette méthode n'est jamais que palliative; l'expérience a montré le contraire, et l'on s'explique ce résultat en réfléchissant que la peau est redevenue saine au moment où l'ongle coupé se reproduit, et que si aucune cause extérieure ne tend à le déformer de nouveau, il se développera dans des conditions normales, et n'entraînera par lui-même aucun accident.

C'est sous ces différents points de vue que nous allons faire l'histoire des procédés dont il nous reste à nous occuper.

Écartement et destruction des chairs fongueuses. Les Arabes, Albucasis, Paul d'Égine, Paré, Lisfranc soulevaient le bord incarné de l'ongle avec un stylet, et détruisaient par l'instrument tranchant et les caustiques les chairs fongueuses environnantes.

MM. Brachet (de Lyon) et Perroteau ont suivi la même méthode en cautérisant ou excisant les chairs fongueuses sous forme de lambeau, de manière à mettre l'ongle parfaitement à nu.

Fabrice d'Aquapendente interposait une mèche de charpie entre les chairs et le bord de l'ongle, qu'il excisait aussi après l'avoir aminci. C'est à peu près cet exemple qu'ont suivi Boyer, Cloquet, Marjolin et Blandin.

Desault substitua à la charpie une petite lame de fer-blanc, longue de 0^m,04 sur 0^m,006 de largeur. Il en glissait un côté au-dessous de l'ongle, en forme de gouttière, et en rabattait le bord opposé du côté des chairs, qu'il ramenait au niveau normal; il soutenait son appareil par une bande roulée.

Diminution de la largeur de l'ongle. M. Faye, chirurgien distingué de la marine, a imaginé, pour dégager les bords de l'ongle, un procédé ingénieux, mais difficilement exécutable. On enlève une portion en forme de V de la partie moyenne de l'ongle, après l'avoir aminci en l'usant avec un fragment de verre. On rapproche ensuite avec un fil qui les traverse les deux bords de l'ongle, dont on diminue ainsi la largeur.

M. Vésigné (d'Abbeville) se sert d'une double agrafe introduite sous les parties latérales de l'ongle et rapprochées au moyen d'une petite vis. Rien n'est plus facile que cette légère opération, lorsque l'ongle n'est pas profondément incarné, mais les succès nous en paraissent douteux.

Dionis conseillait d'user la partie moyenne de l'ongle avec un grattoir. On a cru encore qu'il suffirait de toucher avec le nitrate d'argent, ou un autre caustique, l'ongle aminci pour le forcer à se racornir et en dégager ainsi les bords, mais ce sont là des suppositions peu fondées.

Section et arrachement de l'ongle. On arrachait autrefois une partie de l'ongle avec des tenailles; cette pratique a été régularisée par Pelletan, Dupuytren etc. Ce dernier engageait sous le bord libre de l'ongle la pointe de ciseaux bien affilés, la faisait rapidement pénétrer jusqu'à la racine, divisait l'ongle en deux moitiés à peu près égales, et, saisissant celle du côté malade avec des pinces, il la tordait sur elle-même et l'arrachait en totalité.

Velpeau avait soin, quelques moments avant l'opération, de serrer fortement la racine de l'orteil avec un lien. La sensibilité de la partie est ainsi engourdie, et l'opération est, paraît-il, moins douloureuse.

L'opération de l'ongle incarné est une de celles qui se prêtent le mieux, en raison de sa rapidité, aux divers procédés d'anesthésie locale, tels que mélanges réfrigérants, évaporation d'éther projeté etc.

Pour rendre la section de l'ongle plus facile, M. Blaquièrre pro-

pose de commencer d'abord par l'amincir ; on peut détruire les chairs, si elles sont fongueuses, avec les caustiques.

Procédé de M. Sédillot. Adoptant comme méthode générale l'arrachement de l'ongle, il le pratique d'une manière différente des précédentes.

Au lieu de glisser la pointe de l'instrument au-dessous de l'ongle, comme le faisait Dupuytren, en causant les plus vives douleurs, il se sert d'un bistouri très-acéré et à lame épaisse, et il divise l'ongle de la racine vers l'extrémité libre, au point de contact des chairs fongueuses, non pas d'un seul coup, ce qui exposerait à blesser le derme subjacent, dont la sensibilité est extrême, mais en commençant par incliner un peu la pointe du bistouri, de manière à intéresser obliquement ou en biseau l'épaisseur de l'ongle. Le bistouri est ensuite porté perpendiculairement dans la même direction, et coupe ainsi une petite portion triangulaire de l'ongle ; on recommence la même manœuvre jusqu'à ce que l'ongle soit complètement divisé, ce dont on s'aperçoit facilement par le défaut de résistance et la mobilité de la portion coupée. Ce premier temps de l'opération n'est pas douloureux, et les malades s'en aperçoivent à peine. Dans le second, on fait maintenir le pied, et, saisissant l'ongle incarné avec des pinces dont les mors sont forts et bien engrenés, on l'arrache d'un seul coup. Ce moment n'est pas aussi pénible pour le malade qu'on pourrait le supposer, parce que l'ongle est souvent détaché par la suppuration des parties subjacentes ; c'est alors un corps étranger dont on opère l'extraction : on pense ensuite à plat, et la guérison s'obtient en peu de temps, sans même obliger toujours le malade à garder le repos.

Destruction partielle ou totale de la matrice de l'ongle. Si l'affection récidive soit en raison de l'altération profonde des parties molles, qui ne reprennent pas une résistance assez grande pour supporter le contact du nouvel ongle, soit parce que la matrice donne naissance à un produit déformé ou présentant une direction vicieuse, on est obligé de détruire la matrice de l'ongle, et l'on y parvient de plusieurs manières.

Dupuytren enleva plusieurs fois toute la matrice de l'ongle, en la cernant par une incision semi-lunaire pratiquée à six millimètres environ de la naissance de l'ongle : on dissèque les parties ainsi divisées, et l'on excise une petite portion de la peau, la matrice unguéale et l'ongle lui-même. Il est évident que ce procédé pourrait s'appliquer à une moitié, à un quart ou à une moindre partie encore de l'ongle ; il est long et extrêmement douloureux.

On peut se borner à enlever d'un seul coup toutes les parties altérées, en y comprenant la portion correspondante de la matrice un-

guéale, comme le pratiquait Baudéns. On appuie le pouce de la main droite sous l'orteil, bien maintenu de la main gauche, et, avec les autres doigts, fixant le bistouri comme un canif, on excise une sorte de languette onguéo-charnue ; il faut aller jusque auprès de la phalange et ne pas la heurter avec la lame de l'instrument, ce qui exige une certaine habitude.

Un moyen moins effrayant d'arriver au même résultat consiste à détruire la matrice de l'ongle avec les caustiques ; on se sert de la potasse caustique, ou mieux de la pâte de Vienne, qui a l'avantage d'agir instantanément sans avoir le grave inconvénient de fuser et de s'étendre. Ce procédé a été modifié d'un grand nombre de manières, qu'il serait sans intérêt de rappeler ici, et il donne des résultats excellents.

Procédé de cautérisation de M. Sédillot. Cernant avec la pointe d'un bistouri la portion de la matrice unguéale qu'il veut détruire, il l'enlève avec les chairs fongueuses. Lorsque le sang est arrêté, il introduit dans la plaie un peu de caustique de Vienne jusqu'à la formation d'une eschare plus ou moins épaisse, selon les indications. Un malade traité par la pâte de Vienne eut l'articulation ouverte par l'action trop profonde et trop prolongée en arrière du caustique ; le repos le plus complet et l'immobilité absolue des phalanges, qui furent fixées sur une petite attelle, prévint toute espèce d'accident.

Enfin, dans les cas les plus graves d'ongle incarné, la phalange peut s'altérer, présenter des points de nécrose ou de carie, et parfois nécessiter l'amputation.

Appréciation. Avec la précaution de laisser l'ongle dépasser la phalange et de le couper carrément on prévient les accidents, mais dès qu'ils sont arrivés, il faut conseiller au début des chaussures très-larges, toucher légèrement les chairs avec des substances fortement astringentes, telles que le perchlorure de fer etc. ; fixer le deuxième orteil au-dessus du bord externe du premier pour exercer une compression continue sur les tissus malades et les repousser en bas et en dehors, de manière à dégager l'ongle. Si ces procédés restent sans succès, il faut enlever une portion de l'ongle et la matrice onguéale. Nos moyens de section et de cautérisation ont réussi dans les cas les plus réfractaires.

Exostose de la phalange onguéale. La phalangette du gros orteil présente quelquefois, au-dessous de l'ongle, une exostose produite par la pression de la chaussure, un coup, une chute, ou l'irritation de l'ongle incarné.

Dupuytren cernait l'exostose par une incision semi-lunaire et l'enlevait avec la gouge et le maillet. A. Cooper se servait d'une petite scie. Velpeau employait une sorte de serpette et le fer rouge.