

Le *lupus érythémateux* peut également simuler les follicules décalvantes, et d'autant plus qu'il s'agit également d'une affection à lésions folliculaires. Cependant, dans le *lupus érythémateux*, la rougeur est plus persistante, elle se voit encore à la partie centrale des plaques longtemps après que celles-ci sont devenues complètement alopeciques; sur leur périphérie on voit une bordure généralement régulière et large de squames sèches, plus adhérentes que les croûtes des folliculites; enfin, il existe presque toujours des plaques de *lupus érythémateux* sur le visage ou sur les mains en même temps qu'au cuir chevelu.

**Traitement.** — La marche des folliculites décalvantes peut, dans un certain nombre de cas, être arrêtée par le traitement suivant : épilation de tous les poils qui sont situés au voisinage immédiat des follicules enflammés, lavages avec des solutions antiseptiques, en particulier avec une solution de sublimé, applications de pommades au soufre, au turbith ou à l'ichthyol. Les phénomènes inflammatoires peuvent être calmés par les préparations d'oxyde de zinc (pommades ou mieux emplâtres).

## XIII

## AFFECTIIONS DES ONGLES

La pathologie des ongles est un des chapitres les moins connus de la dermatologie.

Ces annexes de l'épiderme sont altérées par des causes très diverses : des traumatismes sur lesquels nous n'avons pas à insister ici, des parasites végétaux, des agents chimiques; ils peuvent subir l'action des lésions du derme sus-unguéal, et celle des troubles généraux de la nutrition; ils peuvent aussi être le siège de lésions propres, indépendantes de toute cause générale.

Les *parasites végétaux* qui peuvent atteindre l'ongle (onychomycoses) sont le trichophyton et l'achorion, dont les lésions unguéales ont été décrites au chapitre de la trichophytie et du favus.

Des *agents chimiques* peuvent modifier la coloration de l'ongle, ou former des enduits à sa surface; ces altérations ne retentissent pas profondément sur la nutrition de l'ongle et, bien qu'elles puissent avoir une importance comme stigmates de certaines professions, elles ne doivent pas nous arrêter.

Des lésions cutanées des phalanges peuvent atteindre le derme sus-unguéal et provoquer des altérations secondaires de l'ongle. Les dermatites artificielles, professionnelles surtout, déterminent des troubles de la nutrition des ongles se caractérisant par leur épaissement irrégulier, des dépressions transversales, quelquefois un état piqueté de leur surface, plus souvent un aspect rappelant celui d'une coquille de mollusque.

Dans d'autres dermatoses, les altérations unguéales se développent sous l'influence simultanée des *lésions locales du tégument des phalanges* et de la cause générale qui produit la maladie : ainsi, dans les érythrodermies, dans le pityriasis rubra pilaire, dans le pemphigus à kystes épidermiques, etc., la nutrition de l'ongle est gravement compromise et ses troubles se traduisent par la présence de profonds sillons transversaux ou même par la chute totale de l'ongle.

Certaines dermatoses, enfin, peuvent donner lieu à des altérations unguéales sans l'intermédiaire de lésions des parties adjacentes de la peau : telles sont les onychopathies de l'*eczéma* et du *psoriasis*, qui peuvent même être, pendant un temps variable, la seule manifestation de ces affections.

Toutes ces lésions unguéales ont été décrites à propos des diverses dermatoses auxquelles elles sont liées.

Les *affections du système nerveux* qui s'accompagnent de troubles trophiques cutanés retentissent sur les ongles : on observe l'atrophie ou des déformations considérables des ongles dans la sclérodermie, dans la maladie de Morvan, dans la syringomyélie; on peut voir les ongles s'atrophier ou au contraire présenter une augmentation anormale de leur épaisseur à la suite des sections nerveuses et dans diverses myélites; leur chute, sans altération préalable, s'observe dans le tabes.

L'existence de lésions unguéales dans les affections du système nerveux a fait attribuer une origine trophique à des onychopathies généralisées ou tout au moins symétriques, auxquelles on ne peut reconnaître une autre cause.

Ces *dystrophies unguéales*, dont l'étude est à peine faite, et dont l'origine nerveuse est des plus discutables, revêtent des types très variés : tantôt elles sont constituées par l'amincissement de l'ongle, son décollement plus ou moins complet, tantôt elles se traduisent par l'augmentation de son épaisseur, avec ou sans changement de sa couleur; souvent son extrémité libre se transforme en un tissu feuilleté ou prend un aspect rappelant celui de la moelle de jonc.

Un type très particulier, qui s'observe surtout chez des sujets atteints de troubles névropathiques et particulièrement de troubles mélancoliques, est constitué par un arrêt complet de la pousse des ongles, dont le tissu prend une coloration jaune rappelant celle de l'ambre, un aspect un peu terne, tandis que leur surface reste unie, mais s'incurve fortement dans le sens vertical et dans le sens transversal; cette dystrophie, qui porte simultanément sur tous les ongles des mains et des pieds, peut se compliquer d'altérations secondaires des couches profondes de l'ongle et aboutir à son décollement et à sa chute, ou se terminer au bout d'un temps variable par la reprise de la coloration et de la pousse de l'ongle.

Après un grand nombre de *maladies générales*, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc., ou plus exactement à la suite de toutes les maladies qui ont retenti sur l'état général et de toutes les causes qui ont troublé profondément la nutrition pendant un certain temps (fatigue, surmenage, etc.), on voit se produire sur les ongles, sans autre altération, des sillons transversaux; ces dépressions traduisent une diminution de l'épaisseur de l'ongle correspondant aux périodes de nutrition insuffisante : elles commencent à apparaître à la racine de l'ongle trois à quatre mois après la cause qui leur a donné naissance, et se rapprochent de l'extrémité de l'ongle à mesure que celui-ci pousse.

Les affections qui entravent l'hématose provoquent des changements de forme de l'ongle connus sous le nom d'ongle hippocratique et qui peuvent coïncider, comme dans la tuberculose, la cyanose, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, avec des déformations de la phalange elle-même.

Les *lésions propres des ongles* consistent, soit dans leur hypertrophie, soit dans le changement de leur coloration.

L'*hypertrophie* unguéale peut être congénitale; plus souvent elle est acquise, s'observe chez des sujets âgés et peu soigneux de leur personne, et siège ordi-

nairement sur les ongles des gros orteils. Elle est parfois régulière et porte sur toute l'étendue de l'ongle. Presque toujours elle est irrégulière, la face dorsale de l'ongle présente des sillons transversaux plus ou moins accusés, l'extrémité antérieure s'épaissit, se soulève, s'incurve, l'ongle prend l'aspect d'une griffe, quelquefois même se recourbe sur lui-même en tire-bouchon. A ce degré, l'hypertrophie unguéale porte le nom d'*onychogryphose*.

Le traitement de l'hypertrophie unguéale consiste dans l'ablation de la partie saillante de l'ongle au moyen de la curette ou de la scie. Lorsque l'ongle a été enlevé, on peut en régulariser la repousse par l'emploi de pommades salicylées et surtout d'emplâtres salicylés, mais il est souvent nécessaire de revenir fréquemment à l'emploi des procédés mécaniques.

L'*atrophie* unguéale est presque toujours consécutive à une des causes générales qui ont été énumérées plus haut. Elle se traduit par l'amincissement de l'ongle, en totalité ou par îlots, par son effritement, parfois par sa disparition complète.

Que l'atrophie de l'ongle soit primitive ou secondaire à une altération cutanée de la phalange, elle peut presque toujours être amendée par des applications locales, emplâtre de Vigo, emplâtre rouge de Vidal, huile de cade, huile de bouleau, quelquefois par les pansements avec une solution iodo-iodurée.

Les *dyschromies* unguéales n'offrent guère d'intérêt pathologique.

L'*hyperchromie* se traduit par des taches brunes d'étendue variable, se voit dans la maladie d'Addison, etc.

L'*achromie*, caractérisée par des taches d'un blanc mat, analogue à de la porcelaine, de forme irrégulière, s'observe surtout chez les jeunes sujets et est parfois consécutive à des traumatismes de la région sus-unguéale.

## MALADIES VÉNÉRIENNES

Par le Dr GEORGES THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

### CHAPITRE PREMIER

#### SYPHILIS

La syphilis, *lues venerea*, mal français, mal napolitain, encore appelée vulgairement vérole, est une maladie générale chronique, produite par la pénétration et la reproduction dans l'organisme humain d'un contagé encore inconnu dans son essence, que l'on désigne sous le nom de virus syphilitique.

Sauf lorsqu'elle est transmise par hérédité ou qu'elle est communiquée à une femme enceinte par un fœtus infecté héréditairement, la syphilis débute toujours par une lésion locale, appelée *chancre*, développée après une incubation prolongée au point d'introduction du contagé, lésion qui donne lieu à un retentissement sur les ganglions lymphatiques correspondants.

Après une période variant de 40 à 50 jours, pendant laquelle l'infection ne se traduit que par le chancre et l'adénopathie concomitante, période à laquelle on a donné le nom de *seconde incubation*, apparaissent des troubles de la santé générale et des accidents portant sur la peau, les muqueuses et les organes profonds, accidents à tendance résolutive manifeste, se reproduisant à intervalles irréguliers et dont l'ensemble constitue la *syphilis secondaire*. Ces accidents se déroulent pendant plusieurs années dans un ordre déterminé presque constant, tout en présentant une tendance de plus en plus marquée à se localiser; puis les manifestations de la syphilis changent de caractère; elles peuvent encore occuper les téguments ou les parties profondes, mais plus particulièrement les viscères, et se présentent sous la forme de lésions localisées, à tendance dégénérative et destructive ou proliférative et scléreuse qui portent, dans leur ensemble, le nom de *syphilis tertiaire*.

La division de la syphilis en syphilis secondaire et syphilis tertiaire, classique depuis Ricord, est théorique plus que clinique; elle ne répond pas exactement à l'ensemble des connaissances actuelles, car on voit souvent des manifestations semblables à celles de la période tertiaire se produire dans les premières années de la syphilis, en pleine période secondaire; elle est cependant commode comme schéma général d'une description de la syphilis. D'ailleurs, les exceptions qui viennent d'être signalées n'infirmen nullement cette notion générale que la syphilis évolue sous la forme d'épisodes séparés par des entr'actes de durée variable.

A la division de la syphilis en syphilis secondaire et syphilis tertiaire, on peut