

l'exostose sous-unguéale, l'ongle incarné est une maladie de l'adolescence. Elle occupe presque toujours le bord externe de l'ongle (1). On l'observe beaucoup plus rarement chez les filles que chez les garçons.

Lorsque l'affection est arrivée à son développement complet, on trouve l'orteil élargi, renflé en massue. Sur le bord de l'ongle on voit, ourlant la rainure latéro-unguéale, des bourgeons charnus, sanieux, purulents, surplombant et enfouissant en quelque sorte le bord correspondant de l'ongle.

Cet onyxis est toujours *latéral* et n'envahit jamais tout le pourtour de l'ongle, caractère clinique pathognomonique.

Nous ne connaissons rien de précis sur la pathogénie de cette affection. Je serais disposé à attribuer une certaine influence à la forme plus convexe de l'ongle dont les bords se trouveraient déjetés latéralement par la pression de la chaussure.

Si des pansements bien faits peuvent guérir au début l'ongle incarné, il est à peu près toujours nécessaire d'opérer les malades de la classe ouvrière qui n'ont pas le temps d'attendre.

On sait que le nombre des procédés opératoires dépasse la centaine; voici en quelques mots celui que j'emploie depuis plus de quarante ans et je ne sache pas avoir jamais eu un échec, même au point de vue de la récidive.

Appliquer une ligature serrée à la racine de l'orteil; faire l'anesthésie locale avec l'éther ou le chlorure d'éthyle. Introduire à plat sous l'ongle, d'avant en arrière, une des lames de forts ciseaux jusqu'à la racine de l'ongle; redresser la lame et couper l'ongle en deux parties; arracher l'une ou les deux moitiés de l'ongle (suivant que la lésion occupe un ou les deux bords) avec une pince solide; *enlever ensuite la matrice de l'ongle* avec les bourrelets latéraux (Voy. fig. 195), afin d'éviter la récidive.

Je dois encore mentionner une affection du gros orteil spéciale également à l'adolescence, c'est l'*exostose sous-unguéale*. On l'observe à peu près constamment sur la face unguéale; cependant elle peut aussi exister sur les faces latérales et même sur la face inférieure. On trouve une tumeur dure, soulevant l'ongle en partie détruit et adhérente à la phalangine. Cette petite tumeur a été, quant à sa nature, comparée au sarcome ossifiant, d'où sa tendance à la récidive qu'avait signalée Gosselin en la désignant sous le nom d'*exostose sous-unguéale rebelle*.

L'ablation est le seul mode de traitement. Il ne faut pas se contenter de l'abrasion de la tumeur au ras de l'os, mais la poursuivre au sein du tissu spongieux si l'on veut obtenir une guérison définitive.

### Développement du membre inférieur.

Les membres inférieurs ne diffèrent des supérieurs, au début, que par leur position et leur apparition un peu plus tardive. Ils naissent à la limite de l'abdomen et existent déjà sous forme de *palette* au commencement de la quatrième semaine. On voit bientôt apparaître le *bourrelet digital* qui se

(1) Sur 54 cas observés par Gosselin, 3 fois la lésion siégeait sur le bord interne de l'ongle; 4 fois elle était double; 47 fois elle occupait exclusivement le bord externe.