

résections, ont souvent les mêmes conséquences. Dans quelques cas, la cause nous échappe; le phlegmon sous-aponévrotique semble se développer spontanément. Citons pour mémoire les phlegmons profonds de la main qui succèdent à un panaris: leur histoire appartient à celle de cette dernière maladie. « Dans le panaris de la gaine, dit Roux, souvent la main, l'avant-bras et même le bras deviennent le siège d'un gonflement considérable, à la suite duquel il se forme des collections purulentes communiquant ou non avec celles des doigts. »

Quelle que soit la cause qui a donné lieu au développement du phlegmon profond ou sous-aponévrotique de la main, ce phlegmon est caractérisé par une douleur très-intense, sans que le gonflement concomitant soit en rapport avec elle; ce gonflement se propage rapidement à la face dorsale du poignet, à l'avant-bras, et même au bras. Les doigts sont immobiles et légèrement fléchis; les mouvements en sont douloureux. En même temps, on observe des phénomènes généraux, de la fièvre, de la chaleur à la peau, parfois du délire.

Cette variété de phlegmon se termine très-rarement par résolution. Tantôt la suppuration, qui en est la conséquence, reste limitée; d'autres fois elle occupe un espace plus ou moins étendu et prend les caractères d'un phlegmon diffus des plus graves. Alors même que la maladie ne se termine pas d'une manière aussi fâcheuse, elle donne lieu souvent à une mortification du tissu cellulaire, elle met à nu les tendons qui s'exfolient, d'où résulte une gêne ou une abolition des mouvements des doigts; ou bien encore la phlegmasie s'étend aux articulations des os du carpe, et donne lieu à des désordres fort graves qui peuvent nécessiter plus tard l'amputation du membre.

Le diagnostic du phlegmon profond appelle toute l'attention du chirurgien, qui ne doit pas oublier que cette affection est rarement accompagnée d'un gonflement proportionné à l'intensité de la phlegmasie. Cette observation est surtout applicable au phlegmon profond de la partie moyenne de la paume de la main; la présence de l'aponévrose palmaire explique cette particularité. Au niveau des éminences thénar et hypothenar, où il n'existe qu'un feuillet aponévrotique très-mince, le gonflement est plus apparent.

Le traitement est préventif ou curatif.

Dans le but de prévenir le développement de cette terrible complication, après les opérations de diverses sortes pratiquées sur la main, A. Bérard conseille de soumettre la main à des irrigations continues d'eau froide. D'un autre côté, Velpeau, après avoir appelé l'attention sur les accidents consécutifs à la désarticulation des doigts, et les avoir rapportés à l'inflammation qui, par l'intermédiaire des coulisses tendineuses, se propage du côté du poignet, en envahissant tout à la fois les parties molles, les articulations et la surface des os, s'exprime ainsi :

« Débrider la gaine fibreuse de chaque doigt qu'on ampute, ne prévient en aucune manière le développement de ces redoutables phlegmasies. Champion a conjuré deux fois les accidents inflammatoires qui sur-

viennent après l'amputation des doigts par l'application de la potasse caustique dans la paume de la main; mais quand des cataplasmes ou une forte application de sangsues n'en arrêtent pas les progrès dès le début, il n'y a que de nombreuses incisions qui en triomphent. Le remède est pénible sans doute, mais il s'agit de la vie ou de la mort, et tout homme qui s'est trouvé à même d'en apprécier les effets parfois miraculeux, n'hésitera pas un instant. »

Les saignées et les applications de sangsues sont la plupart du temps insuffisantes pour enrayer la marche de la maladie. Néanmoins, il convient de les mettre en usage, ne fût-ce que dans le but de mettre une barrière à l'extension de la phlegmasie vers l'avant-bras. Les onctions mercurielles pratiquées plusieurs fois par jour, ont donné de meilleurs résultats. Les cataplasmes et les bains émollients ne sont que des adjuvants. Velpeau et A. Bérard ont préconisé la compression: pour obtenir de ce mode de traitement de bons résultats, il faut que la compression soit faite d'une manière méthodique. Il convient d'envelopper chaque doigt séparément, au moyen d'une bande étroite, puis de matelasser la paume de la main avec de la charpie. Si l'on ne prenait pas cette dernière précaution, la compression serait insuffisante ou mal faite.

Dès que le pus est formé, il faut pratiquer une ouverture suffisamment large pour procurer l'issue de ce liquide. La connaissance des artères de la région, et notamment celle de la situation de l'arcade palmaire, guideront le chirurgien pour ne pas intéresser dans ces incisions des vaisseaux importants. Il sera préférable de pratiquer l'incision couche par couche, dans le cas où la collection purulente occupera le milieu de la paume de la main. L'incision faite, il faut encore donner à la main une position favorable à l'écoulement du pus. Très-souvent, une seule incision est insuffisante; il ne faut pas craindre de pratiquer un nombre suffisant de contre-ouvertures, pour empêcher le pus de stagner dans la profondeur de la paume de la main, et pour prévenir des accidents de résorption putride. Lorsque les désordres sont étendus, que les tendons fléchisseurs sont mis à découvert, que l'inflammation s'est propagée aux articulations du carpe, que la suppuration est très-abondante et affaiblit le malade, on est contraint de faire le sacrifice du membre et de pratiquer une amputation de l'avant-bras. Alors même que le malade échappe aux accidents locaux et aux phénomènes généraux que nous venons de rapporter, il reste souvent, après la guérison, une roideur dans les articulations des doigts; parfois même les mouvements de ces appendices se trouvent en grande partie perdus par les altérations dont les tendons fléchisseurs ont été le siège.

DE LA TUMEUR DORSALE DES MAINS DANS LA PARALYSIE SATURNINE
DES EXTENSEURS DES DOIGTS.

Cette affection a été signalée récemment par Ad. Gubler. Elle se montre chez des sujets affectés d'intoxication saturnine, en même temps que la paralysie des extenseurs des doigts et alors que cette paralysie est confir-

mée. Elle occupe la région métacarpienne, spécialement au niveau des deuxième, troisième et quatrième métacarpiens. Son siège anatomique est l'appareil tendineux de la région dont les deux organes, tendon et gaine fibro-synoviale sont également affectés. Les gaines sont épaissies, les tendons renflés en fuscau; la peau correspondante ne change pas de couleur, le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas tuméfié. A part la première période, il n'existe aucune douleur spontanée notable et la pression ne développe qu'une sensibilité peu vive; on n'observe pas l'érythème inflammatoire qui caractérise les fluxions goutteuses proprement dites. Quant à la nature de l'affection, ce serait, d'après Ad. Gubler, une simple hyperplasie consistant en une infiltration interstitielle du plasma, ou bien en une prolifération d'éléments histologiques rudimentaires pouvant se résorber plus tard avant d'avoir acquis droit de domicile dans le tissu préexistant. Ce serait une *ténosynite hyperplasique* ou *hypertrophique*; le tendon et la gaine sont affectés simultanément.

ARTICLE V.

Onyxis.

On désigne sous le nom d'*onyxis* l'inflammation de la matrice de l'ongle. Cette phlegmasie se développe à la suite d'une blessure ou spontanément.

1° ONYXIS TRAUMATIQUE. Elle est le plus souvent la conséquence d'une piqûre du derme sous-unguéal, de la présence d'un corps étranger; quelquefois elle résulte d'une contusion de ce tissu, contusion qui a produit un épanchement de sang entre l'ongle et les parties subjacentes.

Les malades accusent une sensation de chaleur et une douleur plus ou moins vive; au bout de quelques jours, l'ongle offre une coloration jaunâtre due à la présence du pus sous cet appendice corné; le pus d'abord séquestré par la résistance de l'ongle, finit par se faire jour sur les parties latérales de ce dernier. L'ongle est décollé peu à peu des parties subjacentes; il est ébranlé et finit par tomber, laissant à découvert le derme subjacent enflammé et ulcéré. Dans d'autres cas, l'inflammation et la suppuration se montrent plutôt du côté de la rainure postérieure qui enchâsse l'ongle. Celui-ci est encore décollé et finit par tomber. Dans les deux cas, après la cicatrisation des parties ulcérées, il pousse un nouvel ongle qui est difforme et conserve pendant toute la vie un aspect sale. Dans quelques circonstances, l'ongle de nouvelle formation se montre avant que l'ongle ancien soit tombé; celui-ci est chassé progressivement par le premier.

Au début, lorsqu'il n'existe encore que de la douleur, on combat l'affection par la médication émolliente. S'il existe un corps étranger, une écharde par exemple, il faut enlever celle-ci, en la saisissant avec des pinces; on est obligé parfois de couper la partie antérieure de l'ongle dans une assez grande étendue, pour avoir prise sur le corps étranger. A une période plus avancée, lorsque du pus s'est accumulé sous l'ongle, il faut évacuer le liquide en enlevant la portion de l'ongle qui le recouvre. Si du pus s'est accumulé sous l'épiderme de la racine de l'ongle, on incise cet

épiderme pour évacuer le liquide et on excise tout l'épiderme décollé. Si l'ongle est ébranlé, que le derme subjacent fournisse une suppuration abondante et est ulcéré, il faut arracher l'ongle, panser ensuite à plat jusqu'à la cicatrisation, puis exercer sur toute la matrice de l'ongle une compression méthodique avec des bandelettes étroites de sparadrap de diachylon gommé, afin d'avoir un nouvel ongle de forme régulière. On recommande en même temps de grands soins de propreté pour éviter que des parcelles de poussière restent engagées dans le tissu corné de nouvelle formation, ce qui donne au nouvel ongle un aspect sombre indélébile.

Il arrive quelquefois, après l'arrachement de l'ongle, que la suppuration persiste dans la rainure postérieure de la matrice. On y remédie, en introduisant, tous les jours, quelques brins de charpie dans ce cul-de-sac, pour éviter le contact des surfaces opposées suppurantes. Si ce moyen est insuffisant, on incise le repli cutané dans toute sa longueur; parfois même on est forcé d'en faire l'excision.

2° ONYXIS SPONTANÉ. On l'appelle encore *onglade*, *onychia maligna*. Cette affection se développe quelquefois sans cause appréciable; d'autres fois elle reconnaît pour point de départ une syphilis constitutionnelle ou la scrofule. Elle a un siège de prédilection pour le gros orteil et pour le pouce.

Au début, il existe une tuméfaction légère, un cercle rougeâtre au niveau de la racine de l'ongle. Bientôt le gonflement augmente; la peau prend une teinte violacée et finit par s'ulcérer. Il se fait d'abord un suintement de pus séreux entre la racine de l'ongle et la peau, puis la suppuration devient abondante, jaunâtre et fétide. L'ongle séparé de sa matrice se ternit, devient jaunâtre et finit par tomber spontanément ou sous l'influence d'une traction légère. La matrice de l'ongle, mise à découvert, est enflammée; elle se présente sous un aspect rougeâtre, entourée d'un bourrelet saignant; elle fournit une sécrétion de pus grisâtre et d'une odeur fétide. Les malades accusent une vive douleur; quelquefois les vaisseaux lymphatiques et les ganglions du membre s'enflamment. Après la cicatrisation de la surface ulcérée, le derme sécrète une nouvelle substance cornée qui donne lieu à un ongle atrophié et difforme. L'extrémité du doigt ou de l'orteil reste volumineuse et ressemble à une spatule. Dans les cas les plus graves, l'inflammation se transmet au tissu osseux subjacent et la phalange se carie ou se nécrose.

Le traitement est général et local. L'affection se rattache-t-elle à la syphilis, on la combat par les mercuriaux et l'iodure de potassium. Est-elle due à la scrofule, on administre les antilymphatiques.

Pour modifier la vitalité de la matrice de l'ongle, il faut, après avoir arraché ce dernier, cautériser les parties subjacentes avec l'azotate d'argent. Si l'affection est à une période plus avancée, l'excision de la matrice de l'ongle est plus efficace. Dans les cas où l'altération a envahi le tissu osseux, l'amputation de la phalange peut être indiquée.