

cool sont interposées entre les corps charnus et entre les doigts ; de grandes compresses également imprégnées d'alcool recouvrent le tout.

Par-dessus, épaisse couche d'ouate et serrage modéré par des bandes de crépon.

#### Suites.

Prendre la *température* matin et soir.

Si possible, le pansement sera laissé en place *quinze, vingt jours*.

En cas de *douleurs, de fièvre, d'imprégnation* des pièces du pansement, d'*odeur* forte, lever ce pansement pour voir ce qui se passe dans le foyer traumatique.

S'il y a un peu d'infection donner deux ou trois fois par jour des bains prolongés à l'eau bouillie très chaude (trois quarts d'heure à une heure de durée). Pansements humides à l'eau bouillie ou à l'eau oxygénée.

Au bout de quelques jours, si la fièvre est tombée et si l'élimination des parties mortifiées se fait aseptiquement, reprendre le pansement sec.

Quand la cicatrisation est commencée, on peut exciter le travail de réparation par des applications d'onguent styrax, tous les deux jours.

β) Si l'écrasement remonte à un certain nombre d'heures, pendant lesquelles la plaie est restée souillée et privée de soins, ou s'il existe de l'infection (température élevée, état général très grave) ou encore si l'on a affaire à des sujets antérieurement tarés, recourir, sans hésiter, à l'amputation au lieu d'élection. Ne pas oublier l'emploi concomitant des injections de sérum artificiel pour soutenir le blessé.

### PLAIES PAR ARRACHEMENT

Déchirures de parties du corps dues à une traction violente simple ou associée à la torsion (membre pris dans un engrenage, dans un volant...) Les tissus sont séparés à des niveaux différents ;

les tendons, les nerfs sont déchirés dans la profondeur bien au-dessus du plan de la section. On observe souvent, en même temps, la syncope, la stupeur locale, le shock.

**Pronostic.** — Très grave, à cause des complications septiques favorisées par l'état de stupeur des tissus et d'irrégularité de la plaie.

#### Traitement.

Comme pour les plaies par écrasement, on nettoiera minutieusement le foyer et on tentera la *conservation*, sous le couvert d'un pansement aseptique.

S'il se produit de la *nécrose*, on attendra que l'élimination se fasse pour régulariser le moignon.

Pour combler les pertes de substance, les *greffes* seront employées.

### ABCÈS DE LA MAIN ET DES DOIGTS

#### A. Durillon forcé.

À la suite d'une éraillure, d'une plaie, se déclarent une inflammation et de la suppuration de la bourse séreuse artificielle développée, chez les manœuvres, sous un durillon.

**Caractères.** — Tuméfaction plus ou moins étendue, étalée sous un durillon. Rougeur, chaleur, douleur.

**Pronostic.** — En général, bénin. Pourtant, prévoir l'extension aux espaces conjonctifs voisins, d'où production de phlegmons diffus de la main, qui peuvent devenir très graves, surtout au point de vue fonctionnel.

#### Traitement.

Incision évacuatrice du pus, le plus tôt possible, à cause de l'extension possible à la main.

#### Préparatifs.

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

#### Opération.

##### Position.

Malade assis ou couché, main en supination à plat sur un coussin ou une table.

**Exécution.**

Inciser avec le bistouri, au niveau du *point le plus douloureux* (que l'on recherche avec la pointe d'un stilet) et non du plus saillant, et arriver jusqu'au pus (fig. 319).

S'assurer qu'il n'y a pas d'*abcès en bouton de chemise*, auquel cas il faudrait agrandir l'orifice de communication.

Donner un *bain local* d'un quart d'heure à vingt minutes à l'eau bouillie chaude.

**Pansement.**

Aseptique humide.

**Suites.**

Faire tenir la main un peu relevée, dans une écharpe simple. Prescrire *deux à trois bains locaux par jour* et, dans les intervalles, des pansements aseptiques humides, jusqu'à cessation des phénomènes inflam-

matoires (vers le deuxième ou troisième jour); alors, mettre un pansement aseptique sec.

La guérison a lieu en quelques jours.

**B. Panaris superficiel.**

Phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané de la face palmaire des doigts (souvent de la dernière phalange), consécutif à une plaie, une écorchure. Penser à la possibilité d'un terrain morbide (tuberculose, diabète, albuminurie, maladie nerveuse).

**Caractères.** — Empatement d'une région du doigt; dureté sur la face antérieure, œdème sur la face dorsale. Douleur locale, lancinante. Pas de fluctuation. Fièvre.

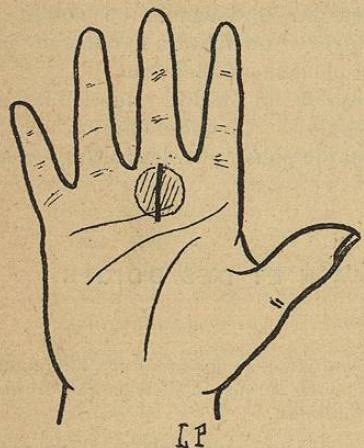


Fig. 319. — Tracé de l'incision d'un durillon forcé.

**Pronostic.** — Bénin, si l'incision est précoce; sinon, redouter l'invasion de la gaine.

**Traitement.**

Incision évacuatrice du pus.

**Préparatifs.**

Comme pour abcès chaud en général (p. 127). (Anesthésie locale au chlorure d'éthyle).

**Opération.****Position.**

Malade assis ou couché; main en supination appuyée sur un coussin ou une table doigt malade en extension.

**Exécution.**

Incision longitudinale au milieu de la face palmaire (fig. 320), assez profonde, n'atteignant cependant pas la gaine du fléchisseur.

Evacuer le pus par *pressions douces*. Donner un *bain local* d'un quart d'heure, à l'eau bouillie chaude.

**Pansement.**

Aseptique humide. Bandage spiral du doigt.

**Suites.**

*Tous les jours* deux à trois bains locaux et dans les intervalles, pansement humide. Au bout de deux à trois jours, une fois tombés les phénomènes inflammatoires, appliquer un pansement sec. Faire mouvoir au plus vite (même avant la cicatrisation complète, soit du dixième au quinzième jour), les articulations des phalanges, afin d'éviter leur ankylose et les raideurs fréquentes.

**C. Panaris de la gaine.**

Infection de la gaine synoviale d'un tendon fléchisseur, consé-

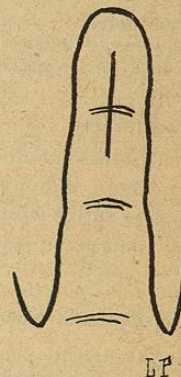


Fig. 320. — Tracé de l'incision palmaire d'un panaris superficiel.

cutive à une infection générale ou — et le plus souvent — superficielle (piqûre ou panaris des parties molles) ou, encore, à une ostéomyélite de la phalange.

Se rappeler que les gaines de l'index, du médius et de l'annulaire s'étendent de l'extrémité supérieure de la troisième phalange (le bout du doigt en est donc dépourvu) jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne. Celles du pouce et de l'auriculaire accompagnent les tendons jusqu'au poignet et se terminent un peu au-dessus du ligament annulaire du carpe. Elles communiquent parfois l'une avec l'autre.

**Caractères.** — Tuméfaction douloureuse et rouge, parfois fluctuante, étendue au-devant de la gaine intéressée. Doigt fléchi spontanément en crochet.

**Pronostic.** — Grave, à cause du sphacèle possible du tendon fléchisseur (extension définitive du doigt ankylosé), de la propagation de l'infection aux articulations (arthrite suppurée), à l'os (ostéomyélite).

#### Traitement.

Opération analogue à la précédente (panaris superficiel), mais il faut enfoncer le bistouri *jusqu'au contact osseux*. Les suites sont analogues aux précédentes; la durée est beaucoup plus longue, parfois elle est de plusieurs mois.

#### D. Panaris osseux.

L'ostéomyélite peut être secondaire, ce qui est rare; ou primitive, ce qui est le cas le plus fréquent.

**Caractères.** — D'habitude c'est la première ou la troisième phalange, qui est prise; le pouce est le siège de préférence. Souvent bilatéralité de la lésion.

Les signes consistent dans une douleur soudaine, avec gonflement osseux. Ultérieurement, un abcès se forme dans la gaine ou dans le tissu cellulaire avoisinant.

**Pronostic.** — Bénin, pourtant on doit compter avec l'élimination des séquestres, les arthrites suppurées, et des complications parfois mortelles (pyohémie, septicémie).

#### Traitement.

Le même que pour les abcès de la gaine. L'incision précoce n'empêche pas la production de la *nécrose*; les séquestres sortent peu à peu à la longue.

Parfois, une incision est nécessaire pour les extraire. Lorsqu'il s'agit de la 3<sup>e</sup> phalange ou *phalangette*, on peut faire une incision en fer à cheval sur le bout du doigt, de façon à obtenir un lambeau palmaire et un lambeau dorsal, lequel contient l'os nécrosé. Cet os enlevé, les lambeaux sont suturés.

Lorsqu'à la suite d'une arthrite suppurée des articulations phalangiennes, le doigt est déformé, augmenté de volume, les tendons sont exfoliés, les articulations ballantes — ou encore, s'il existe certaines ankyloses gênantes, on peut être forcé de recourir à l'amputation.

#### E. Phlegmon ou abcès sous-aponévrotique de la main.

Consécutif à une lymphangite profonde (due à un panaris, une plaie, un phlegmon sous-cutané) ou à une synovite suppurée d'une des gaines palmaires (panaris du pouce ou du petit doigt, plaie profonde).

**Caractères.** — Gonflement occupant les doigts, la main et l'avant-bras: doigts fléchis en crochets; peau de la paume tendue, indurée; toute la région est le siège d'un œdème bleuâtre; douleurs lancinantes continues; impossibilité des mouvements. — Fièvre élevée. — Pour percevoir la fluctuation, appuyer une main sur le gonflement anti-brachial, l'autre sur la paume de la main: on détermine un va-et-vient du pus sous le ligament du carpe.

**Pronostic.** — Très grave: arthrite suppurée, exfoliation des tendons, hémorragies secondaires, infections osseuses pouvant nécessiter l'amputation; au point de vue fonctionnel, perte possible des mouvements de la main et des doigts, si l'intervention est trop tardive.

#### Traitement.

Incision évacuatrice du pus, au plus vite. *Ne pas attendre la fluctuation*: douleur, gonflement et rétraction des doigts, tuméfaction du poignet coïncidant avec une plaie récente d'un doigt ou de la main, il n'en faut pas plus pour légitimer l'intervention.

#### Préparatifs.

Comme pour abcès chaud en général (p. 127). (Anesthésie générale).

**Opération.***Position.*

Malade dans le décubitus dorsal, la main tenue en supination sur la table d'opération ou sur un coussin.

*Exécution (v. veau).*

α) Lorsque les phénomènes inflammatoires occupent la main et l'avant-bras, sans prédominance d'un des côtés (externe ou interne), faire les *incisions médianes*. Incision verticale *au-dessous du pli palmaire moyen* (de façon à éviter l'arcade palmaire superficielle, qui répond à l'intervalle entre le pli supérieur et le pli moyen).

Traverser le tissu cellulaire œdématié, le plan fibreux sous-jacent. Continuer le débridement à la sonde cannelée, toujours dans le sens de la longueur, pour éviter les irradiations du nerf médian.

Dès que le pus s'est échappé, glisser la sonde cannelée un peu recourbée du bout dans le *canal carpien*, sans perdre le contact de la paroi antérieure.

La sonde poussée le plus haut possible au-dessus du carpe, *soulever la peau* avec son bec. Sur ce repère, inciser couche par couche, en long, et en cherchant le nerf médian pour l'éviter (il occupe presque le milieu de la face antérieure du poignet, un peu plus près du bord externe, et il cotoie le bord interne du tendon du grand palmaire).

Glisser un *drain* d'un orifice à l'autre. S'aider d'une pince pour le tirer.

Lorsqu'il y a prédominance du gonflement et, par le fait, de la suppuration, au niveau de l'une ou l'autre des deux grandes gaines radiale ou cubitale (plaie d'entrée sur le territoire du pouce ou du petit doigt), on peut être amené à n'ouvrir qu'une de ces gaines.

β. *Ouverture de la gaine externe ou radiale* (fig. 321).

*Au-dessus du poignet*, sentir les pulsations de l'artère radiale et en dedans, le tendon saillant du grand pal-

maire. Sur le relief de ce tendon, au moins à 1 centimètre en dedans de l'artère radiale, inciser les téguments à partir du pli du poignet, sur une longueur de 4 centimètres, jusqu'à l'aponévrose anti-brachiale.

Introduire la sonde cannelée dans cette aponévrose que l'on incisera le long de ce conducteur.

Sous l'aponévrose, on reconnaîtra le cul-de-sac supérieur et la gaine.

À la *paume de la main*, faire une incision qui suivra la commissure du pouce et de l'index sur une longueur d'environ 3 centimètres. Bien découvrir le muscle adducteur du pouce, reconnaissable à ses fibres transversales.

Introduire une sonde cannelée qui passera au-devant des fibres du muscle et sera poussée parallèlement au 1<sup>er</sup> métacarpien, vers l'incision du poignet.

Les deux incisions seront réunies par un drain.

γ. *Ouverture de la gaine cubitale* (fig. 321).

*Au-dessus du poignet*, à 1 centimètre en dedans de la ligne médiane de la face palmaire de l'avant-bras, bien en dehors du tendon du cubital antérieur (c'est-à-dire du paquet vasculo-nerveux), faire une incision analogue à la correspondante de la gaine radiale, partant du pli du poignet et remontant dans la direction de l'axe de l'avant-bras sur une longueur de 4 centimètres. Cette incision ne comprendra que les téguments.



Fig. 321. — Tracé des incisions pour l'ouverture des phlegmons profonds de la main.

Découvrir l'aponévrose superficielle, y introduire la sonde cannelée, sur laquelle on l'incisera.

Agir de même pour l'aponévrose profonde : immédiatement au-dessous de cette dernière, on découvre le cul-de-sac supérieur de la gaine.

A la *paume de la main*, dans le prolongement de la commissure des deux derniers doigts, à 1 centimètre au-dessus de cette commissure, faire une incision de 3 centimètres environ, qui se dirige un peu obliquement en dehors vers le poignet et s'arrête au niveau de la ligne déterminant le siège de l'arcade palmaire superficielle (p. 472). Cette incision ne comprendra que les téguments.

A l'aide de la sonde cannelée, introduite sous l'aponévrose palmaire, sectionner cette dernière. Sur les tendons fléchisseurs mis à découvert, ouvrir la gaine.

Faire passer un drain d'une incision à l'autre. Laisser le membre plusieurs heures dans un bain continu d'eau bouillie chaude.

**Pansement.**

Aseptique humide. Bandage roulé autour de la main et du poignet jusqu'au milieu de l'avant-bras.

**Suites.**

Deux à trois fois par jour, renouveler les bains aseptiques prolongés. Dans l'intervalle, pansement humide.

Relever l'état général (toniques, caféine, sérum artificiel).

Tous les jours, *mobiliser les doigts et le poignet* (pour éviter l'ankylose), pendant que le malade a la main dans l'eau du bain.

Au bout de quelques jours, lorsque le foyer de suppuration est bien désinfecté, retirer le drain et mettre un pansement aseptique sec, pour éviter une trop grande macération de l'épiderme.

Commencer le *massage* avant la fermeture complète

de la plaie, à condition que cette opération soit exécutée aseptiquement.

### ABCÈS SUPERFICIEL DE L'AISELLE

Inflammation et suppuration des glandes sébacées (furoncles), des glandes sudoripares (hydrosadénite), du tissu cellulaire environnant (parfois abcès en bouton de chemise, par diffusion sous-aponévrotique).

**Caractères.** — Caractères des abcès en général. Parfois, ils sont nombreux, de grosseur variable et successifs.

**Traitement.**

Evacuation du pus.

**Préparatifs.**

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

(Anesthésie locale au chlorure d'éthyle).

**Opération.**

**Position.**

Décubitus dorsal, le bras du côté malade en abduction et maintenu par un aide.

**Exécution.**

*Incision* du ou des petits abcès parallèlement au tendon du grand pectoral. — Evacuer le pus par des pressions douces.

**Pansement.**

Aseptique sec. Bandage croisé du cou et de l'aisselle.

**Suites.**

Pansements quotidiens. La guérison est obtenue au quatrième ou au cinquième pansement.

Parfois, de nouveaux abcès se forment. Les ouvrir de bonne heure.

### ADÉNO-PHLEGMON DE L'AISELLE

A la suite d'une plaie des doigts, du sein, il se forme un abcès de la paroi interne de l'aisselle, à point de départ ganglionnaire et exten-

sion au tissu cellulaire avoisinant. Prolongements fréquents sous le grand pectoral, vers la plèvre. Parfois, adéno-phlegmon purement sous-pectoral.

**Caractères.** — Tuméfaction axillaire douloureuse, rouge, plus ou moins fluctuante, appliquée contre le thorax.

**Traitement.**

- 1° Soigner la plaie d'inoculation (voy. plaies, p. 107).
- 2° Inciser l'abcès.

**Préparatifs.**

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).



Fig. 322. — Ouverture d'un adéno-phlegmon de l'aisselle.

(Anesthésie générale au chlorure d'éthyle ou au chloroforme).

**Opération.**

*Position* (fig. 322).

Décubitus dorsal, le bras en forte abduction, l'avant-bras maintenu par un aide placé en dehors.

*Exécution.*

*Incision* de la peau, d'environ 3 centimètres de longueur, tout contre le thorax, sous le rebord du grand pectoral et parallèlement à lui.

Travail à la sonde cannelée en débridant vers le thorax, dans la direction du bord inférieur du grand pectoral. Evacuation du pus. Une ou plusieurs contre-ouvertures peuvent être nécessaires, en cas de prolongements profonds sous les pectoraux.

*Drainage* avec des drains larges passant par l'ouverture principale et par chaque contre-ouverture.

*Pansement.*

Aseptique humide. Bandage croisé du cou et de l'aisselle.

**Suites.**

*Premier et deuxième jour*, pansement quotidien, avec lavage à l'eau bouillie.

Pansement sec à partir du *troisième ou quatrième jour*.

Diminuer peu à peu les drains. Les enlever, dès que le bourgeonnement se fait bien et que l'écoulement a diminué d'abondance. Pourtant, se méfier des clapiers et des rétentions de pus.

Dans les cas où se manifestent des *accidents septiques* (fièvre, agitation, délire ou abattement, pouls petit, rapide, irrégulier, teint plombé), faire dans la poche tous les jours des lavages à l'eau oxygénée, donner de grands bains chauds prolongés (2 par jour d'une heure de durée), et soutenir l'état général (gros, caféine, injections de sérum artificiel). On peut être amené à faire sur la région des débridements au thermocautère, si l'incision primitive paraît insuffisante.

Surveiller la réparation, pour éviter la formation d'une cicatrice vicieuse empêchant l'abduction. A cet égard, les mouvements d'abduction du bras seront avantageux, dès que possible.

La guérison doit se faire en général au bout de *trois à quatre semaines*. Parfois, la plaie a une tendance à l'atonie, il subsiste des *fistules* intarissables, liées ou non à des poussées inflammatoires; examiner à fond l'état général et voir s'il ne s'agit pas de tuberculose.

Dans certains cas rebelles, l'extirpation des ganglions peut être indispensable.

### ADÉNO-PHLEGMON DE L'AINE

A la suite de plaie des orteils, de la verge, suppuration à point de départ ganglionnaire et extension au tissu cellulaire avoisinant.

**Caractères.** — Voussure douloureuse, rouge, fluctuante au niveau de l'aîne, toujours en avant des vaisseaux.

#### Traitement.

- 1° Ne pas oublier le traitement causal et soigner, comme il convient, la plaie d'inoculation, (voy. plaies, p. 407).
- 2° Evacuer au plus vite le pus.

#### Préparatifs.

Comme pour abcès chauds en général (p. 127).  
(Anesthésie locale au chlorure d'éthyle).

#### Opération.

##### Position.

Décubitus dorsal, membre inférieur malade maintenu étendu et en abduction par un aide placé à l'extrémité du membre.

##### Exécution.

*Incision* verticale de 1. à 2 centimètres au milieu de la tuméfaction et à son point le plus fluctuant. Eviter la saphène interne.

Si une *artériole* (l'artère tégumentuse la plupart du temps), vient à donner, en saisir les deux extrémités avec des pinces à forcipressure, que l'on laissera en place quelques instants.

La plus grande partie du pus évacué, laisser un *drain*.

##### Pansement.

Aseptique humide. Bandage croisé ou spica simple de l'aîne.

#### Suites.

Renouveler le pansement *tous les jours*. Le mettre sec au troisième ou quatrième jour. Raccourcir le drain au fur et à mesure que les bords de la plaie se rétractent.

Durée moyenne : *plusieurs semaines*.

S'il subsiste des fistules rebelles, ou des indurations avec poussées inflammatoires fréquentes, on peut être obligé de recourir à l'extirpation des ganglions.

### PHLEGMON DIFFUS

Infection grave et envahissante du tissu cellulaire, d'origine streptococcique (piqûres anatomiques ou au cours d'interventions sur des sujets infectés; d'une façon générale, plaies septiques particulièrement chez des individus débilités).

**Caractères.** — Après une période inflammatoire caractérisée par des phénomènes généraux graves, vers le 4<sup>e</sup> jour les symptômes s'atténuent et on constate un œdème mou étendu à une région plus ou moins vaste du membre, avec fluctuation plus ou moins nette; la peau s'ulcère par places (phlyctènes noirâtres, issue de tissus mortifiés).

**Pronostic.** — Des plus graves : la mort peut survenir par septicémie, par hémorragie. Au point de vue fonctionnel, gêne ultérieure et prolongée des mouvements du membre.

#### Traitement.

Incisions multiples le plus précoces possible.

#### Préparatifs.

#### I. — Avant l'opération.

##### Instruments.

Thermocautère (préparer le couteau).

Quelques pinces à forcipressure.

Drains assez gros.

##### Récipients.

Casserole à mettre au feu.

*Liquides.*

Eau oxygénée à 12 vol.

*Matériaux de pansement.*

Gaze ou compresses aseptiques.

Ouate hydrophile.

Bandes.

*Anesthésique.*

Chloroforme (ni éther, ni chlorure d'éthyle, à cause du thermocautère).

*Aide.*

Un (pour l'anesthésie).

II. — *Préparatifs de l'opération.**Instruments.*

Stériliser les pinces et les drains (p 21).

*Malade.*

Procéder à l'anesthésie au chloroforme.

*Opération.**Position.*

Décubitus dorsal, membre bien étalé sur une table ou un coussin.

*Exécution.*

Faire avec le thermocautère, parallèlement au membre, des *incisions longitudinales* de 10 à 12 centimètres de longueur, en évitant les gouttières vasculaires et le trajet connu des gros vaisseaux. Ces incisions comprendront la peau et le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose ; si celle-ci est verdâtre, de mauvais aspect, l'ouvrir également. Ecarter les muscles, ouvrir les gaines synoviales des tendons.

Entre ces rigoles, laisser un intervalle d'environ trois travers de doigts qu'on lardera de *ponctions* nombreuses et profondes avec la pointe du thermocautère.

En cas de *section de grosses veines superficielles ou de vaisseaux profonds*, faire de la compression ; au besoin,

recourir à la forcipressure. Dans tous les cas, le bain d'eau chaude consécutif contribuera à arrêter l'hémorragie, si l'on n'en pouvait venir à bout auparavant.

Procéder au *lavage* des plaies à l'eau oxygénée ; placer dans chaque plaie un large *drain*.

Donner un *bain local* prolongé deux à trois heures dans l'eau bouillie chaude.

*Pansement.*

Envelopper le membre de plusieurs compresses de gaze imprégnées d'eau oxygénée. Recouvrir d'ouate. Bandage peu serré.

*Suites.*

*Premiers jours.* — Donner les *bains locaux* prolongés deux à trois fois par jour ; dans l'intervalle, placer un pansement humide.

Soutenir l'*état général* (grogs, caféine, quinquina, injections de sérum artificiel, boissons abondantes) et lutter contre la fièvre par la quinine.

Si le gonflement et la rougeur *s'étendent*, faire de nouvelles incisions. En cas de *persistance* des phénomènes gangréneux, on peut être amené à sacrifier le membre (amputation haute).

Au *bout de quelques jours*, une fois enrayé le processus infectieux (douleurs moins vives, rougeur et gonflement en décroissance, température moins élevée), enlever les drains, cesser les bains et continuer les pansements aseptiques humides quotidiens.

A chaque pansement, les plaies seront nettoyées avec un *jet d'eau oxygénée*, de façon à provoquer l'élimination des tissus sphacelés.

Dans la *suite*, des portions de muscles, de tendons pouvant être nécrosés, il peut résulter des *attitudes vicieuses* (raideurs, ankyloses) qui constituent de véritables difformités, fréquentes aux doigts et à l'avant-bras.



Pour essayer de prévenir ces complications, maintenir le membre en bonne position pendant toute la durée de la cicatrisation, qui peut être fort longue (plusieurs mois). Pour cela, l'emploi d'une ou plusieurs attelles combattant la tendance à la rétraction, est des plus utiles. A cet effet, également, le massage et la mobilisation seront pratiqués le plus aseptiquement possible, et au plus vite, dès la cessation des phénomènes aigus.

La *cicatrisation* est parfois d'une lenteur désespérante, les bourgeons sont grisâtres, atones : la plaie sera excitée par des attouchements à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, au chlorure de zinc à 1/10. Lorsque le bourgeonnement est sain, rosé, on peut recourir utilement aux greffes pour diminuer le temps de la cicatrisation.

La *durée* de l'affection peut épuiser le malade qui finit par succomber (longueur de la suppuration, fièvre hectique, pyohémie, infection purulente...). C'est pour ce motif qu'il faut soutenir le patient par un régime fortifiant (alimentation riche et tonique) et une hygiène excellente (air pur, soins de la peau, exercices modérés).

### ONGLE INCARNÉ (ou onyxis)

Inflammation des parties molles péri-unguéales de l'un des bords (interne généralement) du gros orteil (onyxis latérale) ou des deux bords (onyxis bilatérale).

Les causes en sont la déviation du gros orteil en dehors, l'usage de chaussures trop étroites, la tourniole...

**Caractères.** — Ulcération de l'extrémité antérieure de la racine de l'ongle du gros orteil (d'habitude du côté interne) ; cette ulcération s'étend au derme sous-unguéal, se recouvre de fongosités saignantes, sanieuses, douloureuses, les tissus environnants sont enflammés. Le porteur ne peut plus mettre de bottines, ni marcher.

**Diagnostic.** — Diagnostic étiologique à faire avec l'onyxis syphilitique (sèche ou ulcéreuse) faisant tout le tour de l'ongle (teinte

blafarde des bords, caractère atone des bourgeons charnus, suppuration sanieuse) ; avec l'onyxis rhumatismale (manifestations rhumatismales anciennes ou présentes ; souvent lésions intéressant le gros orteil, les deuxième ou troisième orteils ; début par le sillon rétro-unguéal).

#### Traitement.

*Particularités anatomo-physiologiques.* — Se rappeler que l'ongle est produit par :

- 1° La lunule, ou lit de l'ongle, blanche.
- 2° La lame dermique située sous le repli sus-unguéal ou manteau de l'ongle.
- 3° La matrice de l'ongle, formée par l'union des lames sus et sous-unguéales.
- 4° Le derme des gouttières unguéales dans leurs parties postérieures.

Pour éviter la reproduction de l'ongle, il faudra enlever toutes ces parties (fréquence de la récurrence, quand l'ongle n'est enlevé que partiellement). La disparition de l'ongle n'a aucun inconvénient, il est remplacé par une lame épidermique cornée.

#### Préparatifs.

De l'opération en général (p. 43).

#### [I. Instruments.

- Un bistouri à lame étroite et longue.
- Une paire de ciseaux droits ordinaires.
- Une pince à griffes.
- Trois à quatre pinces hémostatiques.
- Deux pinces de Kocher.
- Une aiguille courbe ordinaire.
- Un tube élastique (drain, sonde ou autre).
- Quatre crins de Florence petits.

#### Médicaments.

Vaseline stérilisée.

#### Matériel de pansement.

Une bande de toile de 3 centimètres de largeur, sur 3 mètres de longueur.