

tion intermédiaire entre la pronation et la supination, ou dans la pronation forcée; en arrière du poignet on voit distinctement l'extrémité du cubitus; l'apophyse styloïde de cet os, au lieu d'être dans l'axe du métacarpien du petit doigt, se trouve sur le prolongement du médius.

Le poignet est arrondi, son diamètre transversal déformé; les moindres mouvements étant douloureux, l'enfant immobilise l'avant-bras contre le tronc. dans la luxation du radius en arrière, la main prend une position diamétralement opposée à la précédente, l'apophyse styloïde du cubitus fait saillie en avant.

**Complications.** — Sous le nom de luxations compliquées, MALGAIGNE décrit les déplacements du cubitus qui accompagnent souvent les fractures du radius ainsi que les luxations aggravées par le passage de l'os à travers les téguments; la dernière variété est rare, car MALGAIGNE n'a pu en réunir que douze (12) cas. Dans les fractures du radius compliquées de luxation du cubitus, le déplacement de cet os se fait d'ordinaire en avant et en dedans.

**Pronostic.** — Il est habituellement facile de réduire les luxations simples; LODER obtint un succès après huit semaines et ROGETTA au bout de soixante jours. Le pronostic est beaucoup plus grave lorsque l'os luxé fait saillie à travers les téguments. Sur douze (12) observations réunies par MALGAIGNE, trois fois seulement la réduction fut facile et la guérison complète; dans les autres on a été obligé de recourir à la résection et même à l'amputation du membre.

**Traitement.** — a. *Luxation en arrière.* — Pour remettre les os dans leur position normale, le chirurgien fixe l'avant-bras de la main gauche pendant que de la droite il imprime à la main du sujet un mouvement brusque de supination; un petit craquement, très appréciable d'après TILLAUX, se ferait entendre et la luxation se trouverait réduite. Afin d'éviter la récurrence, il est prudent d'immobiliser l'avant-bras pendant quelques jours.

b. *Luxation en avant.* — Le mécanisme du déplacement étant ici absolument inverse, la réduction nécessite un mouvement brusque de pronation combiné à la traction suivant l'axe du membre.

#### B. — LUXATIONS RADIO-CARPIENNES

SYNONYME. — Luxations du carpe ou du poignet

**Bibliographie.** — RICHERAND, *Nosogr. chir.*, 1805. — LÉVEILLÉ, *Nouveau Dict. de chir.*, t. II, p. 270, 1812. — PENNECK, *The Lancet*, 1827. — MALGAIGNE, *Gaz. méd. de Paris*, 1832. — MALLE, *Recueil de mém. de méd. et chir. milit.*, 1838. — LAWRIE, *London Gaz.*, 1839. — DUPUYTREN, *Leçons orales de clin. chir.*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1839, t. I<sup>er</sup>, art. III, p. 140. — VOILLEMIER, *Arch. gén. de méd.*, 1839. — REYNAUD, *Bull. de thérap.*, 1844. — KUMS, *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1863. — GUYON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868; *Discussion*: MARJOLIN, CHASSAIGNAC, BONNET, TRÉLAT. — TILLMANNS, *Arch. der Heilkunde*, 1874. — MAYERHOFER, *Wien. med. Presse*, 1874. — LE DENTU, art. MAIN du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1875. — SERVIER, *Gaz. hebdom.*, 1880.

Thèses de Paris. — 1834, GALAND, BOUCHET. — 1839, MARJOLIN. — 1851, PARET.

Après avoir été admises sans contestation et regardées comme fréquentes depuis HIPPOCRATE, ces luxations, au commencement de notre siècle, faillirent disparaître du cadre nosologique, sous l'influence de DUPUYTREN qui en nia résolument l'existence et prétendit que tous les cas relatés avant lui se rapportaient à des fractures de l'extrémité inférieure du radius. De fait, les fractures du radius ont bien souvent donné le change; mais DUPUYTREN se trompait dans ses affirmations, car les mémoires de PARET, PARCKER, TILLMANNS, SERVIER, renferment une trentaine d'observations manifestes.

**Variétés. Causes.** — Tantôt la main tout entière, y compris le carpe, se porte en arrière au niveau de l'avant-bras (luxation en arrière), tantôt c'est le déplacement inverse que l'on observe (luxation en avant). La première variété paraît beaucoup plus fréquente que la dernière.

La solidité des moyens d'union qui unissent le carpe aux os de l'avant-bras nous rend compte des arrachements osseux qui accompagnent ces déplacements et aussi de la violence nécessaire pour les produire; ces luxations reconnaissent généralement pour cause une chute d'un lieu élevé sur la paume de la main; HAMILTON toutefois aurait vu les os chassés en arrière par une chute sur le dos de la main.

**Anatomie pathologique.** — a. *Luxations en arrière.* — Quelques autopsies, en particulier celles qui ont été faites par MIALLE et SERVIER, ont permis d'établir l'anatomie pathologique de ces luxations. La première rangée du carpe chevauche sur les os de l'avant-bras en soulevant les tendons et se trouve portée directement en haut, d'autres fois en haut et en dedans, ou encore en haut et en dehors; les ligaments postérieurs, latéraux et antérieurs du carpe sont totalement déchirés. Les tendons des extenseurs ont abandonné la face postérieure du radius en entraînant avec eux de petites crêtes osseuses.

b. *Luxations en avant.* — Les lésions ligamenteuses sont semblables, les os de la première rangée du carpe remontent sur la face antérieure de l'avant-bras. Fait remarquable, les vaisseaux et les nerfs ne sont jamais lésés.

Selon que le déplacement est plus ou moins accentué, ces luxations sont dites complètes ou incomplètes. La luxation en arrière se complique souvent de fractures, d'arrachements osseux, voire de plaies des téguments.

**Symptômes.** — a. *Luxations en arrière.* — Le poignet notablement déformé présente une épaisseur double de celle du côté opposé. Les os du carpe font en arrière une saillie lisse convexe sur laquelle sont tendus les extenseurs. Du côté de la face palmaire on trouve une autre saillie transversale s'avancant au-devant de la paume de la main et formée par les os de l'avant-bras; le membre mesuré de l'extrémité du doigt médius à l'olécrâne est raccourci; de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras à l'olécrâne, il a conservé sa longueur; les apophyses styloïdes sont sur le même plan.

b. *Luxations en avant.* — A la face dorsale du membre existe une saillie très appréciable formée par l'extrémité articulaire des os de l'avant-bras; du côté de la face palmaire les os du carpe sont moins commodes à sentir, la main est dans l'extension, le déplacement des tendons fléchisseurs entraîne la flexion des doigts.

**Diagnostic.** — Malgré l'étude attentive qui a été faite de ces luxations et des

fractures de l'extrémité inférieure du radius, les erreurs de diagnostic ne sont pas rares, et des chirurgiens de la valeur de MARJOLIN et PELLETAN ont commis semblable méprise.

La mensuration exacte nous donne cependant un moyen d'arriver à la vérité; en effet, il existe dans les deux cas un raccourcissement du membre mesuré de l'olécrâne à l'extrémité du médius; mais dans la fracture, le côté blessé mesuré de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus se trouve sur un plan plus élevé que celle du radius, c'est le contraire dans la luxation.

**Pronostic.** — Les luxations simples, faciles à réduire, guérissent assez rapidement; la présence de fractures concomitantes n'apporte aucun obstacle à la réduction, mais rend la contention plus difficile.

« Dans les luxations exposées le pronostic est extrêmement grave à moins que le chirurgien ne prenne le parti de recourir à l'amputation ou, ce qui est en général de beaucoup préférable, à la résection » (HAMILTON).

**Traitement.** — Le manuel de la réduction est absolument identique à celui que nous avons exposé à propos des fractures de l'extrémité inférieure du radius; deux aides font l'extension et la contre-extension, pendant que le chirurgien refoule la convexité du carpe dans un sens opposé à la luxation.

Un appareil analogue à celui employé pour les fractures de l'avant-bras, mais dont l'attelle palmaire ira jusqu'au milieu de la main, assurera la contention.

#### C. — LUXATIONS ISOLÉES DES OS DU CARPE

La solidité des moyens d'union des os du carpe, le peu de prise qu'offre leur petit volume aux divers traumatismes expliquent la rareté de leurs luxations. Toutes les variétés que nous allons examiner ont lieu en arrière, sauf pour le pyramidal et le pisiforme.

a. *Luxation du grand os.* — Décrites par BOYER et A. COOPER, admises par NÉLATON et ERICHSEN, les luxations du grand os sont passées sous silence par MALGAIGNE et niées par POLAILLON; par le fait, les observations rapportées prêtent à la critique. Ces luxations succéderaient à une flexion violente de la main ou à une contraction brusque des muscles de l'avant-bras: on reconnaît cette affection à la présence « d'une tumeur dure, circonscrite, non mobile, plus saillante chez les personnes maigres, et dans le mouvement de flexion diminuant et disparaissant même dans l'extension » (NÉLATON).

La réduction serait facile; pour la contention, la main étant placée sur une palette, on met une compresse graduée au niveau du poignet; quelques tours de bande fixent l'appareil.

b. *Luxation du semi-lunaire.* — MALGAIGNE relate, d'après MOUGEOT DE BRUYÈRES, un fait de luxation avec expulsion du semi-lunaire à travers les téguments. HOLMES (*System of Surgery*, t. II, p. 585) a vu un cas semblable; la luxation était bilatérale. ERICHSEN et TAAFFE ont observé des déplacements analogues sans lésion des téguments. Dans l'extension de la main, une légère compression faisait rentrer l'os en place, mais il ressortait dès que la main était fléchie.

a. *Luxation du pisiforme.* — ALBIN GRAS (*Gaz. méd. de Paris*, 1835) et

ERICHSEN (*Science and Art of Surgery*, 1864) ont rapporté chacun une luxation de cet os, le pisiforme était remonté au-dessus de sa position normale, entraîné par l'action du cubital antérieur; la réduction fut facile, un bandage destiné à ramener l'os en bas permit une guérison complète.

#### D. — LUXATIONS MÉDIO-CARPIENNES

**Bibliographie.** — MAISONNEUVE, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. II, 1851. — DESPRÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875. — RICHMOND, *The Lancet*, 1879, t. I<sup>er</sup>, p. 844. — CLAUDOT, *Arch. de méd. milit.*, t. V, p. 136, 1885.

Quatre observations recueillies avec tout le soin désirable, tel est le bilan de la science au sujet des luxations simples de l'articulation médio-carpienne sans plaie des téguments. Ces quatre cas comprennent une luxation en arrière totale et complète (fait de MAISONNEUVE); trois luxations en avant, savoir: une totale et probablement incomplète au moins en dedans (fait de RICHMOND), deux partielles et incomplètes, une portant sur la moitié interne de la deuxième rangée des os du carpe (DESPRÈS), l'autre sur la moitié externe (CLAUDOT).

Ces déplacements ne sauraient se produire sans une violence considérable; le malade de MAISONNEUVE était tombé d'une hauteur de 40 pieds, celui de RICHMOND avait aussi fait une chute d'un lieu élevé; le jeune homme observé par DESPRÈS avait été projeté dans l'espace en jouant à l'escarpolette, le soldat de CLAUDOT s'était trouvé désarçonné par un cheval pendant les exercices de voltige.

MAISONNEUVE ayant pu autopsier son malade trouva « les os de la deuxième rangée du carpe complètement séparés de ceux de la première sur lesquels ils chevauchaient en arrière de plus d'un centimètre, une petite partie du scaphoïde était restée unie au trapèze, une portion du pyramidal entraînant avec elle l'os pisiforme avait suivie l'os crochu. Les ligaments latéraux internes et externes de l'articulation radio-carpienne étaient complètement rompus ainsi que les fibres ligamenteuses antérieures et postérieures qui unissent les deux rangées du carpe. »

Dans les trois luxations en avant, la lésion était caractérisée: 1° par une déformation du poignet qui présentait la forme en baïonnette; 2° par une diminution de longueur du membre mesuré de l'olécrâne aux têtes métacarpiennes; 3° par une gêne considérable des mouvements du poignet avec douleurs spontanées et à la pression.

L'aspect de la déformation fait songer à une fracture de l'extrémité inférieure du radius ou à une luxation. On évitera l'erreur en s'assurant de l'intégrité du radius par la mensuration et de la situation respective des apophyses styloïdes radiale et cubitale. Pour établir la variété de luxation que l'on a sous les yeux, deux repères sont essentiels: la pointe de l'apophyse styloïde du radius et l'articulation trapézo-métacarpienne qu'il est aisé de rendre très apparente en approchant le métacarpien du pouce de celui de l'index. Ces deux points déterminés, il convient de les marquer à l'encre sur les téguments du sujet; le chirurgien se rappellera que l'interligne médio-carpien est à 3 ou

4 millimètres *au-dessous* du premier repère (pointé styloïdienne radiale) et à 15 millimètre *au-dessus* du second (interligne trapézo-métacarpien). S'il existe une luxation médio-carpienne, la saillie formée par l'interligne luxé se trouvera à très peu de chose près au niveau de la pointe radiale et à 15 millimètres au moins *au-dessus* de l'interligne trapézo-métacarpien. Dans aucune des observations il n'a été possible de savoir si le blessé était tombé sur le dos ou la paume de la main.

La réduction a été obtenue en combinant la flexion forcée du poignet avec des mouvements de traction; une attelle palmaire sur laquelle on fixe le poignet par quelques tours de bande suffit à la contention.

## § 2. — Arthrites et ostéo-arthrites du poignet

### 1° ARTHRITES SIMPLES

Les arthrites du poignet ne présentent rien de spécial dans leur étiologie; elles se montrent sous l'influence du rhumatisme, du traumatisme ou de la blennorrhagie. Tantôt l'articulation radio-carpienne est seule intéressée, tantôt au contraire les petites articulations du carpe sont envahies simultanément. Dans toutes les circonstances, il est de règle d'immobiliser aussi exactement que possible la région malade; deux appareils nous semblent devoir être préférés à tous les autres modes de pansement; ce sont l'appareil ouaté d'A. GUÉRIN ou l'appareil plâtré. Dès que les douleurs sont apaisées, il est indiqué de supprimer les appareils pour faciliter, par le massage et des exercices appropriés, le retour progressif des mouvements.

### 2° OSTÉO-ARTHRITE FONGUEUSE OU TUBERCULEUSE (TUMEUR BLANCHE)

**Bibliographie.** — Consultez la Bibliographie des *Tumeurs blanches*, relativement à la valeur des résections, voyez : FOLLET, Th. de Paris, 1867. — MÉTRAL, Th. de Lyon, 1882. — OLLIER, *Compte rendu des séances de l'Acad. des sciences*, t. LXXXIV, 1882. — BIDDER, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXVIII, p. 882, 1883. — NEPVEU, *Revue de chir.*, 1883, p. 321. — RECORD, Thèse de Bordeaux, 1883. — GANGOLPHE, *Revue de chir.*, 1884, p. 340.

Sous le nom de *tumeur blanche* du poignet, les auteurs étudient les ostéo-arthrites tuberculeuses des diverses articulations du poignet.

**Étiologie. Mode de développement.** — L'apparition de la maladie reconnaît les causes locales et générales que nous avons signalées en faisant l'histoire des tuberculoses. Fréquemment le traumatisme ou une irritation locale interviennent comme cause déterminante, mais l'état général du sujet joue toujours un grand rôle. Quant à la localisation primitive du mal, elle est des plus variables; l'affection, en effet, peut débiter ici par les gaines synoviales, par les os ou par les séreuses des diverses articulations.

**Anatomie pathologique.** — Quel qu'ait été le point de départ du mal, les articulations et les gaines synoviales sont rapidement envahies; le poignet augmente de volume. La déformation porte sur tous les diamètres du membre, si bien que dans une période avancée de la maladie « il représente une sorte de renflement mollasse auquel est attachée une main grêle, pâle, aux doigts allongés, presque immobiles » (LE DENTU).

Des abcès ne tardent pas à se montrer; ceux qui viennent des articulations du carpe se font jour du côté de la face dorsale de la main, ceux de l'articulation radio-carpienne apparaissent sur les parties latérales au niveau des apophyses styloïdes du radius et du cubitus; enfin les collections purulentes des gaines synoviales fusent du côté de l'avant-bras.

Les petits os du carpe séparés par des fongosités subissent des altérations graisseuses, les parties molles périphériques envahies par le produit tuberculeux deviennent le siège d'un œdème chronique et offrent à la coupe un aspect caractéristique. Nous devons encore attirer l'attention sur la rareté des subluxations spontanées, il faut faire une exception toutefois pour la subluxation du cubitus en arrière; d'après NÉLATON, RICHEL a observé une luxation du carpe en arrière.

**Symptômes. Diagnostic.** — Pendant les premières périodes de développement du mal, la douleur occasionnée par les mouvements ou par la pression attire seule l'attention des malades; bientôt apparaît un gonflement pâteux de la région, lequel, suivant la localisation des fongosités, envahit tout d'abord la face dorsale ou la face palmaire du poignet.

Le malade immobilise la main dans l'extension et évite soigneusement les mouvements qui, du reste, sont difficiles et provoquent des douleurs aiguës.

Des accidents de ce genre survenant chez un sujet lymphatique ou dont la constitution est débilitée éveilleront l'attention du chirurgien. La marche des lésions, l'empâtement spécial des tissus, la formation d'abcès ne laisseront bientôt aucun doute sur la véritable nature du mal.

**Traitement.** — Le traitement des tumeurs blanches du poignet a soulevé de nombreuses controverses, et malgré les travaux récents l'accord n'est pas encore fait sur ce point. VERNEUIL, TILLAUX, DESPRÈS, NEPVEU préconisent les moyens de la méthode conservatrice: immobilisation, révulsifs, compression, appareils de toutes sortes. D'autres, OLLIER, GANGOLPHE, LISTER, GURLT, etc., sans dédaigner les heureux résultats de la chirurgie conservatrice, emploient volontiers la résection totale ou partielle des os du poignet. Nous allons examiner rapidement les différentes phases par lesquelles a passé la résection du poignet dans le traitement des tumeurs blanches.

**Résection du poignet.** — Conseillée par MOREAU à la fin du siècle dernier, la résection pathologique du poignet n'a jamais occupé une grande place dans la chirurgie française. MALGAIGNE la rejetait d'une façon absolue et lui préférerait l'amputation de l'avant-bras; BONNET la réserve pour quelques cas particuliers, et A. GUÉRIN, plus affirmatif, regarde cette résection « comme une de celles que ne pratique guère un chirurgien prudent ».

FOLLET, dans sa thèse (1867), essaye de réhabiliter cette opération; il montre que sur cinquante-deux (52) résections pathologiques du poignet on compte

neuf (9) morts, soit 14 p. 100, tandis qu'en pareille occurrence l'amputation du membre donne 29 p. 100 de mortalité. Mais, ainsi que le fait remarquer DUPLAY, les résultats immédiats des résections sont loin de donner une idée exacte de leurs conséquences définitives; les récidives, les raideurs des doigts et du poignet constituent un revers de médaille digne de considération; aussi, en 1875, LE DENTU examinant si la résection doit être préférée à l'amputation arrive aux conclusions suivantes: « Répondre oui sans hésitation serait imprudent; répondre non sans réserve serait injuste. Des recherches ultérieures pourront seules fixer la chirurgie sur ce point. »

A l'étranger la résection du poignet était jugée moins sévèrement et FERGUSON, ERICHSEN, BUTSCHER, STANLEY, LISTER en Angleterre, EMSARCH, RIED, BILLROTH, LANGENBECK y avaient eu recours avec succès. Les avantages de la méthode antiseptique ont notablement fait baisser le chiffre de la mortalité; en effet, RECORD, dans sa thèse, ayant réuni quarante-neuf (49) cas de résections pathologiques du poignet pratiquées en se conformant aux règles de l'antisepsie, ne compte que deux (2) morts, soit 4,08 p. 100, tandis que les statistiques de POINSOT fournissent encore une léthalité de 15,47 p. 100 sur les amputations de l'avant-bras dans les mêmes circonstances.

Nous pouvons donc affirmer qu'au point de vue de la conservation de l'individu, la résection est de beaucoup supérieure à l'amputation.

Dès lors il nous reste à examiner les résultats fonctionnels. Or, seraient-ils de nature à nous faire rejeter la résection du poignet? C'est à semblable conclusion qu'arrive NEPVEU, en 1883, dans un travail inspiré par la pratique et les opinions de VERNEUIL. Tout en reconnaissant « que les résections donnent parfois de bons résultats en ce qu'elles suppriment l'affection locale et conservent un membre qui fonctionne utilement et convenablement », NEPVEU ajoute: « les succès complets sont assez rares, ils ne s'observent que dans le quart des cas; on constate beaucoup plus fréquemment la guérison incomplète, le rétablissement très imparfait des usages du membre, en un mot l'insuccès opératoire et l'insuccès fonctionnel. »

Nous ne saurions nous rallier à cette manière de voir, démentie du reste par l'examen impartial des faits accumulés dans les mémoires d'OLLIER et de ses élèves MÉTRAL et GANGOLPHE. Avec ce dernier auteur, nous reconnaissons « que la multiplicité des articulations du poignet et le voisinage des gaines tendineuses rendent la résection du poignet délicate et exigent un traitement consécutif des plus minutieux et des plus prolongés; mais en ayant soin d'enlever toutes les parties malades et de modifier consécutivement le foyer de la résection pour empêcher le développement du tissu fongueux, on arrive à d'excellents résultats orthopédiques et fonctionnels. » Il faut, dans les opérations de ce genre, conserver autant que possible la gaine périostique, car bien que les os du carpe ne se reproduisent pas avec leur type normal, on obtient après la guérison « une gangue ostéo-fibreuse assez épaisse et assez résistante pour servir de point d'appui à la main et assez souple pour permettre à cet organe de se mouvoir sur l'avant-bras » (OLLIER).

## 3° TUMEURS DU POIGNET

Le poignet est par excellence le lieu d'élection des diverses synovites; en décrivant (t. 1<sup>er</sup>, liv. III, p. 869) l'ai ou synovite crépitante, les kystes synoviaux tendineux ou synovite aiguë à grains riziformes, les ganglions ou kystes synoviaux folliculaires, nous avons pris pour types les gaines synoviales de la région; il n'y a donc pas lieu de revenir sur ces affections.

Les tumeurs malignes du poignet se localisent presque toujours à l'extrémité inférieure du radius, c'est là un fait déjà signalé dans le chapitre précédent.

## CHAPITRE VIII

## AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA MAIN

**Bibliographie générale.** — ANNANDALE, *Diseases of the Finger*, Édimbourg, 1865. — POLAILLON, art. MAIN du *Dict. encycl.*, 2<sup>e</sup> série, t. IV, 1871, et art. DOIGT du *Même Dict.*, 1<sup>re</sup> série, t. XXX, 1884 (Bibliogr.). — HUGUIER, *Chir. du pouce*, in *Arch. gén. de méd.*, 1873 et 1874. — LE DENTU, art. MAIN du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1875. — A. BLUM, *Chirurgie de la main*, 1882.

§ 1<sup>er</sup>. — Plaies de la main

## 1° PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS ET TRANCHANTS

**Bibliographie.** — BARTHÉLEMY, *Journ. universel et hebd.*, 1831. — BEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1834. — BERTRAND, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1838. — PASQUIER, *Gaz. des Hôp.*, 1839. — MILES MORLEY, *Gaz. méd. de Paris*, 1840. — MILLER, *Schmidt's Jahr.*, 1746. — JOBERT, *Journ. des conn. méd. chir.*, 1848. — BITOT, *Gaz. hebd.*, 1857. — LEFLAIVE, *Monit. des Hôp.*, 1858. — CORTÈSE, *Annali universali*, etc., t. CLXXIV, 1860. — URE, *The Lancet*, 1863. — SONRIER, *Gaz. des Hôp.*, 1865. — BÉRENGER-FÉRAUD, *Bull. de therap.*, 1867. — GOSCHLER, *Gaz. hebd.*, 1868. — BÉRENGER-FÉRAUD, *Gaz. des Hôp.*, 1870. — LÉGER, *Gaz. hebd.*, 1874. — GRYNFELD, *Gaz. hebd.*, Montpellier, 1881. — GUERMOMPRESZ, *Bull. de therap.*, 1881, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884.

Thèses de Paris. — 1858, NOTTA. — 1853, PRÉCY. — 1855, DROUET. — 1864, LE GUERN, TESSON. — 1873, G. MARTIN, BRETTEVILLE. — 1877, LESPINE, BROHON, QUESNEL.

a. *Piqûres.* — Les piqûres superficielles de la main et des doigts sont bénignes et ne nécessitent aucune intervention dans la majorité des circon-