

la phalangette est intéressée. Elle réussit beaucoup plus rarement quand il s'agit de la première ou de la deuxième phalange.

2° PLAIES DE LA MAIN

D'une manière générale, les considérations que nous venons d'indiquer à propos des plaies des doigts sont également applicables à la main, avec cette réserve que, dans la paume de la main, les traumatismes donnent naissance à certaines complications, telles que les hémorragies, les sections nerveuses, dont l'étude présente un haut intérêt.

A la main, comme aux doigts, les piqûres peuvent donner naissance à des inoculations septiques susceptibles de provoquer des accidents phlegmoneux locaux ou des phénomènes d'infection générale. Parfois l'instrument qui a causé la piqûre s'est rompu dans l'épaisseur des tissus et y reste à l'état de corps étranger. C'est ce qui arrive souvent pour les aiguilles; la marche du traumatisme dépend essentiellement de l'état septique ou non de l'instrument. A côté de cas dans lesquels le corps étranger est bien toléré par les tissus, il en est d'autres où il provoque des accidents violents de suppuration. Si le corps étranger est manifestement senti à travers les téguments, rien n'est plus simple que d'en pratiquer l'ablation. Si, au contraire, il est impossible d'en déterminer d'une manière exacte la situation, il est préférable de s'abstenir de recherches qui ne laissent pas que d'être toujours fort difficiles, et parfois périlleuses. On se contentera d'ouvrir les abcès existants, et d'ordinaire la suppuration provoquera l'issue spontanée du corps étranger. Nous avons aujourd'hui dans les rayons Roentgen un auxiliaire précieux qui nous permet de déceler les corps étrangers, et surtout les corps étrangers métalliques, dans la profondeur des tissus. Toutefois si le corps étranger est bien toléré, si sa présence ne donne naissance à aucun accident, si d'ailleurs ses rapports anatomiques sont tels que l'opération entreprise pour son extirpation présente plus d'inconvénients que d'avantages, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention. Il faut d'ailleurs se rappeler que les corps piquants, comme les aiguilles, peuvent parfois cheminer à une grande distance dans la profondeur des tissus, et venir se montrer en un point très éloigné de leur ouverture d'entrée. Il est encore une variété de corps étrangers qui se rencontre assez fréquemment à la main, et dont l'extirpation ne laisse pas que de présenter de sérieuses difficultés. Ce sont les instruments terminés en forme d'hameçon, comme les crochets servant à la broderie; comprenant dans leur anse une certaine épaisseur de tissus, ils ne peuvent être arrachés directement. Parfois un mouvement d'inclinaison en différents sens, imprimé à la tige de l'instrument réussit à le dégager; sinon, il faut exagérer le mouvement de propulsion de l'instrument et pratiquer dans le point où il fait saillie une contre-ouverture destinée à en dégager la pointe.

A côté des plaies par instruments piquants se placent les plaies par instruments tranchants et les plaies à lambeaux qui, par la profondeur à laquelle elles pénètrent et par leur étendue, peuvent présenter tous les degrés de gravité. La main, par ses usages, est fréquemment exposée aux plaies contuses que produisent l'écrasement par des corps pesants, le passage de masses mues par une grande vitesse, les innombrables machines qu'emploie l'industrie. Des plaies contuses se rapprochent les plaies par armes à feu, qui ne s'observent pas seule-

ment pendant la guerre, mais aussi dans la pratique civile, comme conséquences des accidents auxquels donne naissance le maniement imprudent du revolver ou du fusil. Dans cette dernière variété de plaies, il y a souvent un éclatement des parties molles et du squelette qui réduit les parties à l'état de détritibus informes, incapables de conserver leur vitalité. Notons qu'il est, à la main, des plaies présentant des caractères mixtes, participant à la fois de ceux de la section, de l'écrasement et de l'arrachement.

Complications. — Comme nous l'avons déjà dit, ce sont elles qui donnent aux plaies de la main leur intérêt et leur caractère de gravité.

1° *Ouverture des gaines synoviales.* — Elle offre le danger de la suppuration, qui, grâce à la disposition anatomique de ces gaines, peut gagner l'avant-bras, et même, dépassant les limites des feuillets synoviaux, donner naissance à des phlegmons diffus. Même si ce danger est évité, l'inflammation des gaines synoviales de la main a toujours pour inconvénient grave de laisser après elle des adhérences entre les deux feuillets tendineux et pariétal de la synoviale, et, par suite, de gêner beaucoup ou même d'entraver complètement les mouvements des doigts. Ces dangers étaient beaucoup plus à craindre lorsque nous n'avions pas à notre disposition les ressources de la méthode antiseptique. C'est par une désinfection soignée de la plaie, par l'ablation exacte des corps étrangers, par un pansement antiseptique bien fait, qu'on prévient l'écllosion de pareils accidents. Il y a donc grand intérêt à porter le diagnostic de plaie pénétrante des gaines synoviales; le siège anatomique de la plaie, sa profondeur, la dénudation d'un tendon, l'écoulement du liquide synovial, sont autant de circonstances qui permettront de faire ce diagnostic.

2° *Blessure des tendons.* — Les tendons extenseurs, superficiellement placés, sont plus souvent intéressés que les fléchisseurs. La blessure de ces derniers est beaucoup plus grave, en ce qu'elle suppose une profondeur plus grande de la plaie et l'ouverture des gaines synoviales; les plaies de ces tendons sont également plus difficiles à réparer, en raison de leur moindre vitalité et de la tendance plus grande à l'écartement des extrémités sectionnées, glissant dans l'intérieur des gaines synoviales. Ajoutons que la section des tendons fléchisseurs se complique souvent de blessures des artères et des nerfs. Nous n'avons point à exposer ici le traitement applicable aux plaies tendineuses; nous nous contenterons de rappeler que deux méthodes peuvent être employées: la position, qui a pour but de rapprocher autant que possible l'une de l'autre les deux extrémités tendineuses sectionnées, et la suture. Dans la paume de la main, la suture présente des difficultés considérables, à cause de la multiplicité des organes que l'on doit ménager; aussi, en présence de la section des tendons fléchisseurs à la région palmaire, aura-t-on le plus souvent recours à la flexion forcée du poignet et des doigts qui place les extrémités tendineuses dans les conditions les plus favorables à leur rapprochement. Pour les tendons extenseurs, la suture est au contraire formellement indiquée.

3° *Blessure des artères.* — Elle constitue l'une des complications les plus graves des blessures de la main. Les notions anatomiques permettent de comprendre que les blessures de l'éminence thénar et celles du premier espace interosseux sont surtout à craindre au point de vue de la possibilité des lésions artérielles, étant donné le trajet bien connu de l'artère radiale qui traverse d'arrière en avant le premier espace interosseux. Viennent ensuite les blessures de

la paume de la main, qui renferme les arcades palmaires profonde et superficielle. Les plaies de la région hypothénar sont moins à craindre au point de vue des hémorragies artérielles.

La section de l'artère se révèle par une hémorragie primitive plus ou moins prolongée suivant le volume du vaisseau, et qui peut s'arrêter spontanément, ou sous l'influence de la compression exercée par le malade lui-même ou par les assistants. Tout peut se borner là, et la cicatrisation se faire par première intention; mais, dans un grand nombre de cas, sous l'influence des mouvements exécutés par le malade au moment de l'ablation du pansement, on voit se produire des hémorragies secondaires ou récurrentes. Plus tard enfin, lorsque la suppuration est établie, la friabilité des parois artérielles, la dissociation facile des caillots donnent naissance aux hémorragies consécutives qui, par leur abondance et leur répétition, peuvent mettre la vie des malades en danger. Il est juste toutefois d'ajouter qu'ici encore la méthode antiseptique est venue grandement modifier le pronostic. La suppuration étant devenue beaucoup plus rare, l'éclosion des accidents septicémiques étant de plus en plus exceptionnelle, la blessure des artères de la main a perdu par là même beaucoup de sa gravité.

Le diagnostic repose tout d'abord sur les caractères des hémorragies artérielles, que nous n'avons pas à rappeler ici; il est également basé sur les connaissances anatomiques qui, du passage connu d'une artère en un point donné, nous permet de conclure qu'elle a pu être intéressée par la plaie. Enfin, on se fondera sur les résultats fournis, soit par la compression directe, soit par la compression à distance. Toutefois, dans la région palmaire, les anastomoses artérielles sont tellement multipliées, que, bien souvent, la compression d'un des deux troncs artériels de la main ne suffit pas à arrêter l'hémorragie. Parfois même, malgré la compression simultanée des deux artères radiale et cubitale, l'écoulement sanguin persiste, ce qui tient à ce que la circulation est rétablie par le tronc de l'interosseuse ou du nerf médian. C'est là une notion anatomique qui ne devra pas être perdue de vue à propos du traitement.

Le traitement des plaies artérielles de la main n'est pas sans présenter parfois de grandes difficultés pratiques, et il a fourni matière à de nombreuses discussions. D'une manière générale, on peut dire que la conduite qui mérite la préférence, c'est la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie. En ce qui concerne les hémorragies secondaires, lorsque déjà la suppuration s'est établie, on pensait autrefois que, sous l'influence du travail inflammatoire, les parois artérielles avaient subi un ramollissement tel que le fil employé pour la ligature devait sectionner rapidement toute l'épaisseur du vaisseau: d'où la production d'une nouvelle hémorragie. Partant de ces données, on en était arrivé à rejeter la ligature dans la plaie, et à conseiller la ligature à distance dans le traitement des hémorragies secondaires. Mais Nélaton a montré⁽¹⁾ que, même dans ces circonstances, la ligature dans la plaie offre des garanties suffisantes; aussi, dans le traitement des hémorragies secondaires, comme pour les hémorragies primitives, représente-t-elle la méthode de choix. Toutefois, il est des cas dans lesquels cette conduite ne saurait être suivie, soit que la découverte des bouts artériels soit impossible, soit qu'elle présente de trop grands dangers. Il arrive, en effet, que, dans une plaie profonde, anfractueuse, dans laquelle la

(¹) Voy. COURTIN, Thèse de doct. de Paris, 1848.

suppuration a enlevé à toutes les parties leur configuration normale, on ne puisse retrouver les extrémités du vaisseau sectionné. D'autre part, lorsqu'il s'agit d'une blessure de l'arcade palmaire profonde, les débridements que nécessiterait la recherche de l'artère pourraient exposer à léser des organes importants, tendons, gaines synoviales, nerfs; aussi sera-t-il parfois plus sage de s'abstenir de pareilles recherches.

Dans les cas où la ligature dans la plaie ne semble pas possible, la compression exercée au moyen d'un tampon antiseptique pourra rendre les plus utiles services; la cautérisation avec le fer rouge a parfois aussi été employée avec succès dans le traitement des hémorragies secondaires. Dans une plaie du dos de la main qui se compliqua, le douzième jour, d'une hémorragie secondaire, Dupuytren cautérisa, à l'aide d'un stylet rougi, l'ouverture du vaisseau; l'écoulement sanguin ne se reproduisit plus, et le malade guérit⁽¹⁾. Chez un garde mobile, dont l'arcade palmaire profonde avait été lésée par un coup de couteau, Nélaton fit écarter les tendons fléchisseurs, et toucha, avec le fer rouge, tous les points qui donnaient du sang. L'hémorragie fut arrêtée, et le malade guérit sans difformité. La compression peut également être exercée à distance, au niveau de l'extrémité inférieure des artères de l'avant-bras. On emploiera dans ce but le petit appareil suivant, aujourd'hui devenu classique: deux petits cylindres de diachylon, ou mieux de gaze antiseptique, sont appliqués sur le trajet des artères radiale et cubitale; et, pour les maintenir en place, on interpose entre eux un troisième cylindre qui les empêche de se rapprocher l'un de l'autre; le tout est maintenu par une bande.

Si aucun des moyens que nous venons d'énumérer n'a donné un résultat satisfaisant, le chirurgien possède une dernière ressource dans la ligature à distance. Mais alors il faut lier simultanément les artères radiale et cubitale; car, telle est la richesse des anastomoses que présentent ces deux troncs artériels dans la paume de la main, que si l'on se contentait de la ligature de l'un d'eux, la circulation se rétablirait bien vite par l'autre tronc, et l'hémorragie se reproduirait. Mais il y a plus: même la ligature simultanée des deux artères radiale et cubitale est loin d'offrir une sécurité absolue. Il arrive en effet que l'interosseuse ou l'artère du nerf médian anormalement développée rétablisse la circulation et reproduise l'hémorragie. On a donc reporté la ligature sur l'artère humérale au pli du coude; mais les collatérales, en ramenant le sang dans la partie inférieure du membre, ont donné naissance à de nouvelles hémorragies, et l'on s'est ainsi trouvé conduit à jeter la ligature sur l'axillaire elle-même. C'est ce qui est arrivé dans le fait bien connu de Carpenter; encore, dans ce cas, l'hémorragie se reproduisit-elle par la plaie de ligature de l'axillaire, et le malade ne dut son salut qu'à la compression de la sous-clavière⁽²⁾. Si donc, malgré la ligature simultanée de la radiale et de la cubitale à l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de nouvelles hémorragies venaient à se produire, c'est le tronc de l'humérale immédiatement au-dessous du tendon du grand pectoral, c'est-à-dire avant la naissance des collatérales, qu'il faudrait lier. C'est ce qu'ont fait avec succès J. Dubreuil (1854), A. Robert (1847), Jarjavay. Ou mieux encore, étant donné qu'on se décide à recourir à la ligature à distance, il faut, avant d'entreprendre l'opération, explorer avec soin la circulation du membre, pour se rendre

(¹) J. SANSON, *Thèse sur les hémorragies traumatiques*, 1856, p. 550.

(²) *Gazette hebdom.*, 1855, p. 706, et *The Lancet*, 9 juin 1855, p. 574.

compte de l'existence ou de l'absence d'anomalies, et préciser, autant que possible, le point dans lequel la ligature aura chance de succès. Sous ce rapport, on peut citer comme exemple le fait publié par L. Garadec (de Brest)⁽¹⁾. « Voyant, dit l'auteur, que la compression exercée sur les artères radiale et cubitale ne pouvait suspendre l'hémorragie, nous renoncâmes à en faire la ligature, et nous nous décidâmes pour celle de l'humérale. Nous explorons avec soin le bras, afin de voir s'il existe des anomalies artérielles... Vers le tiers inférieur du bras nous trouvons une branche de l'humérale qui rampe sous la peau, à la face antérieure du biceps. N'ayant pas trouvé d'autre anomalie, nous lions l'humérale à deux centimètres environ au-dessus de la partie moyenne du bras. » Cette conduite fut couronnée d'un plein succès et ne saurait être trop conseillée.

4° *Blessures des nerfs.* — Elles sont extrêmement importantes, tant à cause de leur fréquence que des déformations et de l'impotence fonctionnelle auxquelles elles donnent lieu. Ce sont elles qui ont servi, en majeure partie, à constituer l'histoire des plaies des nerfs.

Bien que la branche dorsale du nerf radial puisse être lésée sur la face dorsale de la main, ce sont le plus souvent les nerfs médian et cubital qui sont le siège du traumatisme. La première conséquence de la section du nerf, c'est la suppression du mouvement et de la sensibilité dans toute la zone dont les filets se détachent du tronc principal, au-dessous du point sur lequel a porté la section. Il est toutefois une restriction à cette règle générale : il n'est pas rare en effet de voir la sensibilité persister dans des points où elle devrait être absente, si l'on ne s'en tenait qu'à la distribution anatomique du nerf. De là, des illusions sur la possibilité de la réunion immédiate après la suture nerveuse. Mais, dans un cas bien connu de M. Richet, la persistance de la sensibilité fut constatée avant toute suture. La section ayant porté sur le nerf médian au niveau du poignet, la sensibilité tactile était conservée dans toute la main, excepté à la face palmaire de la phalangine et de la phalangette de l'index⁽²⁾. Ces faits dont l'interprétation restait impossible, nous ont été expliqués par les expériences physiologiques de MM. Arloing et Tripier⁽³⁾. D'après ces deux auteurs, non seulement il y aurait, dans l'épaisseur de la peau, de nombreuses anastomoses entre les différents nerfs, mais encore des filets nerveux, se détachant d'un nerf, s'accrocheraient, en suivant un trajet récurrent, au tronc voisin et remonteraient ainsi jusqu'à une certaine distance vers la racine du membre. De là, le nom de sensibilité récurrente employé par les auteurs précédents pour désigner ce mode spécial de sensibilité. L'existence de la sensibilité récurrente nous permet de comprendre la persistance de la sensibilité dans une zone dont le tronc nerveux principal a été sectionné.

A côté des troubles de la sensibilité, la section des nerfs de la main détermine une privation de mouvement étendue à toute la zone innervée par le nerf sectionné. Si, par exemple, la section a porté sur le nerf médian, ce sont les muscles de l'éminence thénar qui sont privés de mouvement et, plus tard, atrophiés. S'agit-il d'une section du nerf cubital, la paralysie et l'atrophie porteront sur l'éminence hypothénar; mais, comme le nerf cubital innerve en même temps les muscles interosseux, ceux-ci participeront à la paralysie et à

⁽¹⁾ *Gazette hebdom.*, 1868, p. 264.

⁽²⁾ Voy. BLUM, *Arch. de méd.*, juillet 1868, t. II, p. 85.

⁽³⁾ ARLOING et TRUPIER, *Arch. de physiol.*, 1869, p. 55 et 507.

l'atrophie, et il en résultera à la longue une déformation spéciale, connue sous le nom de *griffe cubitale*, et qui mérite d'être bien connue (voy. fig. 59).

Pour comprendre cette déformation, il suffit de se rappeler le mode d'action des interosseux, fléchisseurs de la première phalange et extenseurs des deux dernières; l'action de ces muscles étant supprimée, les fléchisseurs communs impriment aux deux dernières phalanges un mouvement de flexion forcée, tandis que les extenseurs placent la première phalange dans l'hyperextension. Il en résulte une attitude spéciale des doigts, assez analogue à celle de la griffe des carnassiers. Aux troubles de la sensibilité et du mouvement s'ajoutent encore, dans les lésions anciennes des nerfs, les troubles de la nutrition ou troubles trophiques consistant dans la production d'ulcérations cutanées, l'état mince et luisant de la peau (*glossy skin*), les altérations des ongles et du système pileux. Réduite à cet état, la main devient complètement impropre à ses fonctions, et le malade peut être regardé comme un véritable infirme.

Une autre complication de la blessure des nerfs de la main, c'est la production de névralgies traumatiques. Surtout fréquentes à la suite des blessures des doigts, ces névralgies peuvent reconnaître pour cause la présence de corps étrangers, ou encore l'englobement d'un filet nerveux dans le tissu de cicatrice. Dans d'autres cas, on ne saurait rattacher la névralgie à aucune cause appréciable. Quant aux symptômes, tantôt la névralgie se limite aux filets terminaux du nerf, tantôt elle remonte plus ou moins haut suivant la direction du tronc nerveux principal, affectant alors la forme de névrite ascendante. La douleur peut être assez intense pour déterminer des accès convulsifs, ou même des contractures permanentes du côté des muscles de l'avant-bras et de la main. Chez les sujets prédisposés, ces contractures aboutissent à la généralisation, et peuvent devenir le point de départ de crises hystériques ou épileptiques.

Enfin nous devons encore mentionner, parmi les accidents possibles, à la suite des lésions traumatiques des nerfs de la main, le tétanos, surtout lorsqu'il s'agit de plaies contuses, de plaies par armes à feu, ou que des corps étrangers persistent dans la profondeur des tissus.

5° *Fracas osseux.* — Les plaies de la main s'accompagnent assez souvent de graves complications du côté du squelette. Les os sont fracturés, parfois même broyés, et des esquilles nombreuses restent implantées dans les tissus. Les articulations sont ouvertes, les phalanges, les os du carpe et du métacarpe sont luxés les uns sur les autres. C'est surtout dans les vastes écrasements de la main produits par les machines, dans les éclatements que déterminent les armes à feu, qu'on observe ces redoutables complications osseuses.

Quelle que soit la gravité de pareilles lésions, le chirurgien ne doit pas se laisser aller à une intervention primitive. Cette dernière présente en effet un double danger : elle peut supprimer des parties qui, convenablement pansées, auraient continué à vivre et auraient rendu, dans la suite, au malade, les meilleurs services. En outre, l'intervention chirurgicale, portant sur des parties qui renferment habituellement des matériaux septiques, peut réaliser des inoculations du foyer traumatique capables de donner naissance à des érysipèles, à des lymphangites, à des phlegmons diffus, de nature à mettre la vie du malade en danger. C'est donc une règle de chirurgie bien établie que de pousser aussi loin que possible la conservation dans les plaies graves de la main. Cette règle s'impose encore plus impérieusement aux chirurgiens, aujourd'hui où la méthode antiseptique nous permet de réaliser sans danger des tentatives de

conservation qui, naguère encore, auraient pu sembler téméraires. Les bains antiseptiques prolongés rendent chaque jour les meilleurs services dans le traitement des écrasements de la main et des doigts. A l'appui de la conservation, nous pouvons citer la statistique qui a été produite par Th.-V. Heydenreich⁽¹⁾. Cet auteur a rassemblé les cas de blessures de la main qu'il a observés dans la guerre des Serbes contre les Turcs, puis pendant la guerre russo-turque. Les résultats obtenus au moyen de la chirurgie conservatrice et antiseptique ont été très favorables. Sur 52 cas de coups de feu du métacarpe qu'il a pu suivre, il n'a vu que 2 morts, dont un par pyémie et un par tétanos. Le premier soin du chirurgien, en pareil cas, doit donc consister à débarrasser la plaie de tous les corps étrangers et de toutes les matières septiques qu'elle peut contenir; un drainage convenable sera pratiqué, un pansement antiseptique complétera le traitement. Plus tard, s'il reste un moignon informe gênant pour le malade, ou s'il n'existe pas de peau en quantité suffisante pour amener une bonne cicatrisation, on pratiquera une intervention secondaire, qui sera exempte des inconvénients que nous reprochions à l'intervention primitive. Il est bien évident toutefois que la conservation elle-même a ses limites, et qu'en présence d'une main complètement broyée, le seul parti qui s'impose au chirurgien, c'est l'amputation. Cette dernière sera pratiquée aussi bas que possible; car, quand il s'agit du membre supérieur, plus le bras de levier qu'on pourra conserver sera long, plus le moignon rendra de services au malade dans l'application des appareils prothétiques. Comme exemple à l'appui de cette dernière proposition, nous citerons le cas d'un jeune homme d'une vingtaine d'années que nous avons observé, en 1882, à l'hôpital Saint-Antoine. Il avait eu la main gauche saisie par une scie mécanique, et ses phalanges avaient été obliquement sectionnées, comme on taille un crayon. La peau de la face palmaire avait été arrachée en totalité jusqu'au niveau du pli moyen de flexion du poignet; la peau de la face dorsale avait été en majeure partie conservée. Profitant de cette dernière circonstance, je taillai un lambeau cutané dorsal, qui, après désarticulation du poignet, fut suturé au bord de la peau palmaire restante. Le malade guérit sans incident et conserva un moignon excellent dont il tire le meilleur parti.

II

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU POIGNET ET DE L'AVANT-BRAS.

Toutes les raisons que nous avons invoquées pour attacher aux plaies de la main une grande importance persistent lorsqu'il s'agit de l'avant-bras et du poignet. Les organes qui peuvent être intéressés sont fort nombreux et leur rôle physiologique est tel que leurs lésions exposent aux plus graves infirmités. Ces plaies sont d'ailleurs d'une grande fréquence, qu'explique suffisamment le rôle du membre supérieur dans les divers travaux mécaniques de l'industrie.

Parmi ces lésions, nous devons une mention toute particulière aux plaies de la région antérieure du poignet. Bien qu'elles puissent, comme les plaies de la main et de la région supérieure de l'avant-bras, être le résultat d'accidents de

⁽¹⁾ TH.-V. HEYDENREICH, *Schussverletzungen der Hände und Finger*, in-8°, 1881, p. 110.

machines, elles reconnaissent cependant des causes toutes particulières. Souvent, en effet, il s'agit de malades qui sont tombés, la main étendue, sur des instruments tranchants, des fragments de verre, des tessons de bouteille; ou bien encore ce sont des ouvriers qui, dans une chute au cours de leur travail, ont passé l'avant-bras à travers un vitrage, des individus qui, dans une rixe, en voulant donner un coup de poing, ont défoncé un carreau de vitre. Beaucoup plus rarement il s'agit de plaies portées par des instruments tranchants de petit volume, coup de couteau, de tranchet. Quoi qu'il en soit, ces plaies affectent le plus souvent une direction voisine de l'horizontale; plus rarement, elles sont obliquement dirigées, leurs bords sont habituellement nets, il est exceptionnel de les voir déchiquetés, sous forme de lambeaux. Suivant leur largeur, et la profondeur à laquelle elles pénètrent, ces plaies intéressent des organes plus ou moins nombreux. Dans les cas les plus heureux, la peau et le tissu cellulaire seuls sont atteints; mais bien souvent la lésion d'un vaisseau, d'un tendon ou d'un nerf vient s'ajouter à celle des téguments. Enfin, ce qui donne aux plaies de la face antérieure du poignet leur caractère de gravité habituel, c'est la lésion simultanée des tendons, des vaisseaux et des nerfs de la région. L'artère radiale ou cubitale, quelquefois les deux en même temps, le nerf médian, plus rarement le nerf cubital, la plupart des tendons fléchisseurs de l'avant-bras, peuvent avoir été sectionnés. Dans les cas les plus graves, toutes les parties molles de la face antérieure du poignet ont été sectionnées en même temps, et l'instrument tranchant a pénétré jusqu'au squelette.

On comprend sans peine quelles sont les conséquences de pareilles lésions. C'est d'abord une hémorragie qui peut être excessivement abondante, lorsqu'une ou plusieurs artères ont été intéressées. La section incomplète ou la simple piqûre d'une des artères principales de l'avant-bras peut avoir pour conséquence ultérieure le développement d'un anévrysme. La blessure des nerfs entraîne à sa suite des troubles divers de la sensibilité, de la motilité et de la nutrition des tissus, dans la zone innervée par ce nerf; plus tard, il en résulte des déformations permanentes que nous avons indiquées déjà à propos des plaies de la main, atrophie de l'éminence thénar dans les plaies du nerf médian, griffe cubitale dans les sections du nerf de ce nom. La section des différents tendons des muscles de l'avant-bras aura pour conséquence une gêne plus ou moins considérable et plus ou moins permanente dans les mouvements de la main et des doigts. Si la section tendineuse a été partielle, ou si le rapprochement des extrémités tendineuses sectionnées a pu se faire dans de bonnes conditions, la gêne sera très peu considérable, ou même tout à fait nulle. Si, au contraire, les extrémités tendineuses sectionnées sont restées largement écartées les unes des autres, si la cicatrisation ne s'est faite qu'au moyen d'un tissu fibreux dense, fusionnant ensemble toutes les parties sectionnées, si surtout la plaie a été le siège d'une suppuration prolongée, amenant l'oblitération des gaines synoviales, la motilité de la main et des doigts pourra être entièrement supprimée. Le malade ne guérira qu'au prix d'une infirmité grave, en même temps que la cicatrice vicieuse, entraînant la main et les doigts dans sa direction, donnera naissance à une déformation permanente du membre supérieur.

Quant au traitement, nous n'y insisterons pas longuement; toutes les considérations que nous avons formulées précédemment au sujet des plaies de la main sont applicables également aux plaies de la face antérieure du poignet. La ligature des bouts artériels sectionnés, dans la plaie elle-même, s'impose ici avec