

culatation radio-carpienne comme celles des articulations inter ou médio-carpiennes n'offrent rien de spécial; l'immobilité obtenue par un appareil inamovible calmera les douleurs qui souvent sont vives, et amènera la guérison : le massage, les douches, etc., rétabliront les mouvements souvent diminués par les raideurs articulaires consécutives.

Arthrite tuberculeuse du poignet. Tumeur blanche radio-carpienne. — La maladie peut débiter par les synoviales ou par les os de l'articulation radio-carpienne ou de celles du massif carpien. Elle peut en outre être à son origine péri-articulaire, évoluer d'abord dans les synoviales tendineuses et gagner plus tard seulement la jointure. Comme toujours c'est le plus fréquemment un traumatisme qui est la cause déterminante de l'infection bacillaire, latente jusqu'alors.

La maladie se manifeste d'abord par des douleurs vagues dans le poignet, de la gêne des mouvements qui deviennent bientôt douloureux, le poignet augmente de volume, le gonflement est pâteux, plus marqué tantôt en avant, tantôt en arrière; pour éviter les mouvements douloureux d'abord, impossibles plus tard, le malade immobilise sa main et la maintient étendue. Simultanément les parties inférieures de l'avant-bras, et surtout la main et les doigts maigrissent, s'étiolent sous l'influence des altérations musculaires causées par la propagation de l'infiltration tuberculeuse et l'immobilité.

Toutes les parties péri-articulaires participent à la transformation, deviennent lardacées, gonflées par un œdème dur, il en est de même des os courts du carpe, puis surviennent les abcès, auxquels font suite des fistules ossifluentes, et par les gaines synoviales rompues, les collections purulentes peuvent fuser dans le tissu connectif intermusculaire de l'avant-bras. Rarement on a pu observer des luxations consécutives à ces altérations, le condyle carpien est en effet à peu près détruit ou transformé en une masse molle, colloïde, spongieuse qui n'offre même plus une résistance suffisante pour pouvoir se déplacer.

Traitement. — L'immobilisation jointe aux révulsifs, aux toniques de toute nature, au séjour à la mer, a amené un grand nombre de guérisons.

Quand cependant les fistules ne se tarissent pas, quand l'état général ne se relève pas, il faut intervenir, car comme toutes les arthrites tuberculeuses, la tumeur blanche du poignet peut entraîner la mort par hecticité ou par infection générale, il faut donc agir au mieux de la vie du malade d'abord et de la conservation ensuite.

Avant l'ère nouvelle de l'antisepsie on condamnait plus ou moins absolument toute tentative de résection, les chances de guérison étaient en effet minimales. Aujourd'hui il n'en est plus de même, et quand l'opération est faite à temps en s'entourant des précautions que nous ne cessons de recommander, le malade a toutes les chances de guérir en conservant son membre.

Autrefois en présence de ces cas graves on amputait, il peut se faire qu'aujourd'hui encore on soit réduit à cette extrémité, mais ce ne saurait être que dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

Après la résection le poignet et la main ne recouvrent pas toujours leurs mouvements, Ollier recommande d'opérer toujours en conservant le périoste des os du carpe, ultérieurement il se produirait non plus des formations osseuses isolées, mais une sorte de masse unique qui représenterait tout le massif carpien; les tendons pourraient jouer sur cette sorte de poulie néo-formée et mouvoir les doigts.

ARTICLE VIII. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA MAIN.

§ 1. — Lésions traumatiques.

A. *Plaies par instruments piquants.* — Superficielles et produites par des instruments non imprégnés de virus, elles guérissent spontanément. Je n'insisterai pas sur les plaies produites par les instruments contaminés, déjà j'ai parlé des piqûres anatomiques t. I, je ne puis m'empêcher cependant de déclarer que depuis cinq années que, dans l'Institut anatomique de Bordeaux, j'ai introduit une méthode de conservation des sujets par injection lente de glycérine boratée, aucun de mes nombreux élèves, aucun de mes aides, aucun garçon de service ni moi-même n'avons jamais éprouvé le plus léger accident, pas même une suppuration superficielle, bien que les piqûres soient fréquentes. Et cependant les mêmes cadavres restent sur les tables pendant plusieurs semaines. Je suis arrivé, dans mes laboratoires, à rayer la piqûre anatomique du cadre nosologique.

Les plaies par instruments piquants, quand elles atteignent la profondeur, peuvent léser les artères de la main et donner naissance à des hémorragies sur lesquelles nous allons revenir, elles peuvent encore ouvrir des gaines synoviales tendineuses, surtout celle du pouce et du petit doigt qui s'étendent jusqu'aux phalanges, et donner naissance à des phlegmons de la paume, et enfin elles peuvent ouvrir des articulations du métacarpe ou des phalanges et déterminer des arthrites simples ou suppurées.

Le tétanos n'est pas très rare à la suite de ces piqûres de la main ou des doigts, je renvoie à l'étude que j'ai faite de cette terrible complication dans le tome I.

B. *Plaies par instruments tranchants.* — Si la peau seule est entamée, une simple occlusion après arrêt de l'écoulement de sang suffit. Mais, quand la section est plus profonde, les nerfs, les vaisseaux, les tendons peuvent être tranchés, on arrêtera l'hémorragie par la ligature des deux bouts dans la plaie, on extraira tous les corps étrangers quels

qu'ils soient, on fléchira la main ou on l'étendra suivant que la section porte sur la face palmaire ou la face dorsale de manière à rapprocher les parties sectionnées, on suturera les nerfs et les tendons coupés. Les pansements antiseptiques sont d'absolue nécessité pour éviter les phlegmons que la blessure des gaines pourrait entraîner.

Souvent, dans les ateliers, les doigts des ouvriers sont pris dans des machines tranchantes et sont plus ou moins complètement sectionnés. Des lames de couteau tenues à pleine main dans le but d'éviter un attentat, des coups de sabre tranchant violemment portés dans un duel peuvent produire le même résultat, soit sur la partie dorsale du métacarpe, soit sur la face palmaire des doigts.

Un doigt peut être atteint de telle sorte que la phalange touchée soit totalement sectionnée, que le lambeau n'adhère plus que par un lambeau de peau auquel il reste appendu. Il peut se faire encore que le doigt soit absolument détaché du corps.

Toutes les fois que le doigt reste encore appendu à un lambeau cutané, il faut après avoir arrêté l'hémorrhagie, après avoir enlevé tous les corps étrangers, rapprocher exactement les surfaces cruentées et les maintenir au contact par des bandelettes agglutinatives, on assurera l'immobilité au moyen de petites attelles, on garnira le tout d'une couche de ouate pour maintenir la chaleur. Si le lambeau cutané est dans de bonnes conditions de vascularité la guérison est à peu près certaine. Alors même qu'on aurait des doutes sur la vascularité du lambeau cutané on agirait de même, souvent en effet on a pu constater des résultats inespérés.

Quand le doigt est tout à fait sectionné, on conseille d'agir de même, de rapprocher les surfaces de section après les avoir soigneusement détergées et de les maintenir en contact. Souvent on a pu obtenir des réunions, des reprises par véritables greffes quand il s'agissait des phalangettes, mais lorsque la section avait porté sur les phalanges ou sur les phalanges le résultat désiré n'a guère pu être obtenu, il n'est pas à dire pour cela qu'il ne faille pas tenter l'opération, il sera toujours temps d'y renoncer lorsqu'on verra le morceau détaché se flétrir et se gangréner. Toutes ces opérations de reconstitution des doigts réussiront d'autant mieux qu'elles seront faites le plus rapidement possible après l'accident.

C. *Plaies par instruments contondants.* — Ces plaies sont le plus souvent dues à des écrasements, la main est prise dans des engrenages ou des corps durs et pesants tombent sur sa face dorsale ou palmaire pendant que la face opposée est appliquée sur un plan résistant. Les morsures sont également fréquentes à la main et aux doigts.

Ces plaies peuvent se présenter avec tous les degrés de la contusion, et aller jusqu'à l'attrition complète, le broiement des parties molles ou osseuses et l'arrachement complet des doigts. La plaie ne donne pas de sang au début, mais les hémorrhagies secondaires sont à redouter; les

nerfs écrasés ne donnent naissance qu'à peu de douleurs, le blessé accuse un engourdissement de tout le membre. Entre les bords de la plaie on aperçoit des pelotons graisseux qui font saillie comme si la force vulnérante les avait expulsés après destruction de l'aponévrose qui dans l'état normal les maintient. Les phlegmons, les lymphites avec tous leurs accidents sont toujours à redouter.

Traitement. — A moins que les désordres soient extrêmes, que le broiement soit absolu, on n'enlèvera que les corps étrangers et les esquilles qui ne sauraient reprendre vie, on remettra en place les os brisés ou broyés, et on laissera la nature opérer elle-même la séparation des parties mortes. On a renoncé aux irrigations froides si prônées jadis et l'on a recours au bain antiseptique prolongé, après quoi le pansement ouaté d'A. Guérin avec tampons interposés entre chaque doigt pour les isoler et éviter leur accolement cicatriciel sera appliqué et laissé en place pendant une vingtaine de jours. A ce moment, les parties mortifiées seront détachées naturellement ou au moins parfaitement limitées, on pourra donc les enlever ou les exciser s'il le faut.

Souvent, après la guérison, quelques doigts ankylosés en extension complète gênent l'usage de la main, on pourra, s'il le faut, les amputer sans grand danger pour l'opéré. La question la plus importante c'est de conserver le pouce qui, seul, par son opposition avec les autres doigts, permet de saisir les objets.

Rappelons que l'on a obtenu quelques succès (Huguier) en détachant le premier métacarpien de ses attaches musculaires avec l'adducteur et le premier interosseux dorsal et en lui faisant ainsi jouer le rôle du pouce perdu.

Les *plaies de la main par armes à feu* se voient souvent par suite d'accidents, de duel ou en campagne; il y a quelques années encore que notre armée se servait du fusil Chassepot, le levier mal fermé ou encrassé était repoussé en arrière au moment de la déflagration de la poudre et venait déchirer les parties molles du premier espace intermétacarpien. On traitera comme dans les cas de plaies contuses ordinaires par l'expectation, et l'on n'amputerait que dans les cas extrêmes.

Les *arrachements* des doigts ont été décrits dans le chapitre des plaies en général (voyez tome I), je dois cependant ajouter qu'à la main c'est le pouce et l'index qui le plus fréquemment sont arrachés.

Hémorrhagies de la paume de la main. — Elles sont une des complications les plus graves de toutes les plaies de la main.

Les deux arcades palmaires, superficielle et profonde, établissent de telles anastomoses entre les artères, que la ligature des deux bouts du vaisseau blessé s'impose d'une manière absolue; mais souvent il ne sera pas aisé de savoir quelle est l'arcade atteinte, ce n'est que par l'examen attentif des conditions anatomiques que l'on pourra s'en rendre compte. On peut dire cependant que la compression de la cubitale

diminue beaucoup l'écoulement quand c'est l'arcade superficielle qui est ouverte, tandis que c'est la compression de la radiale qui le diminue le plus, quand il s'agit de l'arcade profonde. Souvent les deux bouts sont rétractés dans la plaie, ou celle-ci est étroite, on pratiquera alors tous les débridements nécessaires et l'on devra toujours insister sur les recherches jusqu'à ce qu'on ait lié les deux bouts.

Dans les cas d'hémorragies secondaires la conduite à tenir est absolument la même, les ligatures à distance, même celle de l'humérale, ne préservent pas le blessé, tant sont multipliées les voies anastomotiques. On débridera la plaie s'il est nécessaire et on ira à la recherche des deux bouts qui donnent le sang. Si l'on ne réussit pas, on pourra essayer de la compression sur la cubitale et sur la radiale et y adjoindre l'élévation du membre; cette méthode a procuré des succès.

Malgré tout on a vu les hémorragies reparaitre, la ligature de l'humérale a été faite pour des plaies de la main et l'hémorragie a reparu. Mieux vaudrait alors, pour sauver la vie du blessé, sacrifier le membre.

Anévrysmes de la main. — Très exceptionnellement spontanés, ils peuvent, à la suite de piqûres, exister sur toutes les artères de la main, sur l'arcade superficielle plus exposée aux traumatismes surtout, on en a vu même sur les collatérales des doigts.

Leur volume atteint très rarement celui d'une pomme d'api. Les battements isochrones et le souffle y sont perceptibles, ils gênent les mouvements et peuvent déterminer des douleurs et des paralysies par compression des nerfs.

Les différentes méthodes de compression continue ou intermittente avec les doigts ou avec des pelotes compressives ont fourni d'excellents résultats.

§ 2. — Fractures de la main.

Métacarpiens. — La forme du métacarpe, l'écartement des os qui le constituent expliquent que les fractures de ces os sont rares, en même temps la voûte qu'ils forment explique pourquoi, contrairement à ce que l'on croyait, le troisième et le quatrième qui forment la clef de cette voûte sont le plus fréquemment brisés.

Ce sont des violences directes ou des chutes sur les mains qui produisent ces fractures. La région est déformée, les métacarpiens ont une mobilité anormale, la douleur sur le point fracturé est vive, les mouvements des doigts correspondants sont douloureux, toute pression de bas en haut sur l'extrémité de ces doigts étendus se transmet aux métacarpiens brisés et éveille une vive douleur.

Le déplacement n'est pas considérable, il dépend toujours de la direction suivant laquelle a agi la force brisante, et est limité par les métacarpiens restés intacts. On réduira autant que possible et on immobilisera. La consolidation est assurée au bout d'un mois.

Phalanges. — En raison de sa plus grande longueur la première phalange est plus souvent fracturée que les deux autres, c'est le pouce et le médius qui sont les plus exposés. L'accident est sans gravité, les tendons empêchent le déplacement, il suffit d'immobiliser pour obtenir la guérison.

§ 3. — Luxations des os de la main.

A. *Luxations des métacarpiens.* — Un seul ou tous les quatre derniers métacarpiens à la fois peuvent se déplacer en avant ou en arrière à la suite d'un traumatisme violent ou encore d'une chute sur le talon de la main. Suivant la direction de la force, suivant le plan sur lequel se fait la rencontre de la main avec le sol, ces luxations s'accompagnent ou non de déplacements d'os de la deuxième rangée du carpe. Poulet a vu le trapèze suivre le premier métacarpien.

La réduction en masse est d'habitude assez facile par pression exercée en sens contraire du déplacement. Alors même que l'on n'obtiendrait pas cette réduction, les mouvements de la main ne seraient que peu gênés après que les extrémités osseuses auraient été fixées par des liens fibreux néo-formés dans leur position anormale.

B. *Luxations métacarpo-phalangiennes du pouce.* — Elles peuvent se faire en arrière ou en avant. Les premières sont beaucoup plus fréquentes et offrent des difficultés très grandes à la réduction. C'est en grande partie à Farabeuf que nous devons l'analyse exacte des conditions anatomo-physiologiques de ces déplacements.

1° *Luxations en arrière.* — C'est dans une chute sur le pouce ou dans un effort fait pour repousser un corps pesant que ces luxations se produisent. Pour bien s'en rendre compte, il faut se rappeler que certains individus possèdent la faculté de projeter leur pouce en arrière de manière que l'axe de la phalange et celui du métacarpien forment un angle de 45° à peu près, ouvert en arrière, la deuxième phalange est alors, en raison de la tension du tendon fléchisseur, toujours en demi-flexion ou même en flexion complète.

Si l'on suppose ce mouvement, naturel chez quelques sujets, plus accentué encore, la partie postérieure de la surface articulaire de la phalange reposera sur l'extrémité inférieure et dorsale de la tête du métacarpien, tandis que la partie antérieure de la même surface phalangienne sera restée en contact avec la moitié postérieure du cartilage d'encroûtement de la tête métacarpienne. La luxation est alors *incomplète*. Le ligament latéral externe est rompu, les sésamoïdes entraînés avec la phalange et les tendons finissent par dépasser le sommet de courbure de la tête métacarpienne et sont alors fixés sur la surface curviligne sur laquelle ils ont glissé, ils n'ont donc aucune tendance à reprendre leur position normale puisqu'ils ont dépassé la ligne de faite

de la courbe. L'axe du métacarpien est resté normal, l'axe de la phalange fait un angle de 45 à 60 degrés avec lui et la deuxième phalange est fléchie, d'où la forme de Z que prend le pouce. On peut légèrement fléchir ou étendre la phalange, mais les sésamoïdes n'ayant pas rétrogradé au delà du sommet de la courbure glénoïdienne la luxation se reproduit de suite. La saillie que du côté palmaire fait la tête du métacarpien est seule limitée, d'abord parce que cette tête n'est qu'incomplètement dégagée et parce qu'en outre elle est recouverte par les tendons fléchisseurs, les fibres musculaires, le ligament glénoïdien et les sésamoïdes eux-mêmes.

Pour réduire cette luxation incomplète on procédera par extension sur le pouce au moyen de la pince de Farabeuf, en même temps qu'avec la partie antérieure de la surface articulaire de la phalange maintenue au contact contre la tête du métacarpien on agira sur les sésamoïdes; dès qu'ils auront dépassé le sommet de courbure de cette tête osseuse la luxation incomplète sera réduite.

La luxation peut être portée plus loin et être *complète*. Dans ce cas, toute la surface articulaire de la phalange a abandonné celle de la tête métacarpienne et repose sur la face dorsale de l'extrémité de ce dernier os. Le ligament glénoïdien est arraché, le ligament latéral externe est complètement rompu tandis que l'interne ne l'est que partiellement; il en résulte que la phalange se porte également en dedans en entraînant avec elle les sésamoïdes dont l'interne, par suite de cette torsion, est caché à la partie interne de la tête métacarpienne, tandis que l'osselet externe est seul en contact avec la face dorsale de celui-ci. En raison de ce déplacement latéral le tendon du fléchisseur est, lui aussi, porté en dedans et écarté du court fléchisseur auquel correspond le sésamoïde externe. Cette sorte de boutonnière ou de sangle contractile bride en avant les surfaces osseuses.

La phalange chevauche sur le dos du métacarpien, le doigt est donc raccourci, la tête métacarpienne se sent à nu sous la peau, le pouce est en Z, incliné en dedans et assez mobile, l'articulation est élargie d'arrière en avant.

Il faut, pour réduire cette luxation, agir comme dans le cas de luxation incomplète, attirer la phalange en avant pour la dégager du dos du métacarpien, puis avec l'extrémité antérieure de la surface articulaire racler pour ainsi dire celle du métacarpien de manière à repousser le sésamoïde externe en avant et en bas, et à lui faire franchir le sommet de courbure de la tête métacarpienne, malheureusement le sésamoïde externe est pincé dans la boutonnière formée par le tendon du long fléchisseur et par les fibres du court fléchisseur et ne se dégage que difficilement de cette sangle contractile. Aussi la réduction n'est-elle pas toujours facile.

Par des fausses membranes de réduction, en repoussant la phalange

en arrière, on arrive quelquefois à luxer complètement le sésamoïde externe qui se renverse sur le dos de l'extrémité du métacarpien. La phalange se raccourcit alors parce que tout son ensemble articulaire a passé en arrière, le pouce est déjeté en dedans, mais il n'est plus en Z, la flexion de la phalange est impossible, les liens fibreux s'y opposent, l'extension peut être obtenue et dans ce mouvement le sésamoïde externe vient se placer entre le dos du métacarpien et la surface articulaire de la phalange.

Farabeuf conseille d'allonger le pouce autant que possible, de redresser en même temps la phalange jusqu'à l'angle droit et même au delà si l'on peut, on presse alors fortement de haut en bas la phalange contre le dos du métacarpien, toutes ces manœuvres ont pour but de chasser le sésamoïde en avant et de le dégager. Une fois le résultat obtenu on agira comme dans le cas précédent.

Quand la réduction sera obtenue, on immobilisera pendant une dizaine de jours et par des massages, des mouvements appropriés on combattra plus tard les raideurs qui auraient pu survenir.

2° *Luxation en avant*. — Elle est beaucoup plus rare que la luxation en arrière et est due comme celle-ci à des violences directes ou à une chute sur le pouce, ou sur la phalange en flexion. Les ligaments latéraux, les ligaments glénoïdiens sont rompus, la phalange portée en avant fait dans la face palmaire une saillie marquée par les muscles en même temps que les tendons fléchisseurs soulevés par l'os déplacé déterminent la flexion de la phalange. L'articulation est élargie, le pouce raccourci en raison du chevauchement est en outre porté un peu en dedans ou en dehors, aussi sur la face dorsale voit-on les tendons extenseurs tendus et déviés dans le même sens que la phalange qui les entraîne.

La réduction s'obtient par la traction combinée avec la flexion et la pression directe sur la saillie, que fait la phalange déplacée.

C. *Luxations métacarpo-phalangiennes des autres doigts*. — On en connaît un certain nombre dont la majeure partie appartient à l'index. Elles peuvent se faire en avant ou en arrière.

Dans la *luxation en avant*, le métacarpien fait une forte saillie en arrière, le doigt est raccourci, les tendons extenseurs saillants sous la peau étendent le doigt qui par la pression qu'exerce le métacarpien sur la phalange située en avant est renversé en arrière et fait un angle obtus. La réduction est facile par traction en avant, et pression sur la phalange.

La *luxation en arrière* est plus grave, souvent elle est compliquée par l'effraction de la tête métacarpienne à travers les téguments de la paume, les deux extrémités osseuses déplacées font une saillie en arrière et en avant, le doigt est notablement raccourci, en raison du chevauchement, le doigt ou au moins ses deux dernières phalan-

ges sont fléchies, les mouvements sont gênés ou même impossibles.

La réduction est souvent difficile et même impossible : aujourd'hui que les craintes de phlegmons sont bien diminuées, si la réduction était impossible, on n'hésiterait pas à lever les obstacles qui s'y opposent.

D. *Luxations des phalanges et des phalangettes.* — Elles peuvent se faire en avant, en arrière ou latéralement, quelquefois elles se compliquent de rupture des téguments.

Les saillies des extrémités osseuses déplacées se perçoivent nettement sous la peau, les doigts sont raccourcis, les mouvements impossibles. Dans les luxations latérales, les surfaces articulaires ne s'abandonnent jamais complètement, c'est-à-dire que jamais l'extrémité supérieure de la phalange ou de la phalangette n'est en totalité transportée en dedans ou en dehors, ce n'est qu'une moitié de la trochlée qui est déplacée. Le doigt s'incline alors du côté de la luxation et cette déviation est exagérée par la tension des tendons.

La réduction est toujours facile quand la luxation n'est pas compliquée, on éprouve au contraire des difficultés lorsqu'elle est accompagnée de plaies des téguments, on a même vu les tendons fléchisseurs enroulés autour d'une phalangette luxée s'opposer à la réduction, il faudrait en pareil cas, ainsi qu'on l'a pratiqué avec succès, remettre au moyen d'un crochet mousse le tendon en place et réduire la luxation ensuite.

§ 4. — Lésions nutritives de la main.

Phlegmons de la main. — Les phlegmons de la main sont superficiels ou profonds suivant qu'ils sont développés au-dessus ou au-dessous de l'aponévrose palmaire.

A. *Phlegmons superficiels ou sous-cutanés.* — Ils surviennent après des panaris des doigts, après des ampoules négligées de la paume de la main, à la suite de plaies cutanées de la région, etc.

Le phlegmon sous-cutané débute par des douleurs très vives, lancinantes; les mouvements des doigts, la position verticale de la main pendante, les augmentent. En même temps survient un gonflement diffus qui se communique à la face dorsale, bientôt rouge et tuméfiée, tandis que la peau de la face palmaire conserve à peu près sa coloration, et que fixée à l'aponévrose par des tractus fibreux, elle n'est que fort peu soulevée par le gonflement. Instinctivement et pour éviter les douleurs le malade fléchit les doigts, que cependant on peut étendre. La réaction générale est intense, le délire n'est pas rare, les accidents digestifs existent toujours.

Quand le phlegmon passe à suppuration, en raison de la tension de la peau et de son adhérence à l'aponévrose palmaire, la fluctuation est

difficile à percevoir, mais le point où existe la collection purulente est légèrement gonflé, la douleur à la moindre pression y est vive, des élancements douloureux, spontanés, en partent et s'irradient. Des phlyctènes se manifestent sous la couche épaisse d'épiderme, elles communiquent avec le foyer du phlegmon, et en s'ouvrant au dehors par un orifice étroit, elles constituent des abcès en bouton de chemise. Si le chirurgien n'intervient pas, la peau s'amincit, s'ulcère et s'ouvre par une série de petits pertuis fistuleux, qui apparaissent sur la face dorsale, tout aussi bien que sur la face palmaire.

Traitement. — Avant toute chose il faut élever le membre de manière à calmer les douleurs et à diminuer la stase sanguine, des maniluves antiseptiques prolongés, des cataplasmes, des émissions sanguines locales peuvent, bien rarement, faire avorter le phlegmon. Il est donc préférable dès que la fièvre intense, le gonflement, le soulèvement de l'épiderme auront démontré l'existence du pus, de lui donner une issue facile. On incisera avec précaution et au-dessus du pli palmaire auquel correspond l'arcade superficielle bien que celle-ci soit séparée du foyer par l'épaisseur de l'aponévrose palmaire.

Phlegmon profond. — C'est dans le tissu connectif, dans les gaines tendineuses situées au-dessous de l'aponévrose que se produisent ces phlegmons. L'inflammation peut s'étendre tout le long des gaines et se propager ainsi des le début jusqu'à l'avant-bras.

C'est d'ordinaire à la suite des plaies des doigts, de piqûres profondes, que ces phlegmons apparaissent, soit par infection de la gaine tendineuse qui pour le petit doigt et le pouce, leur point de départ le plus fréquent, s'étend jusqu'au-dessus du poignet (1), soit par infection du tissu connectif qui entoure les gaines des autres doigts.

Si quelquefois le phlegmon met un certain temps à se produire, le plus souvent quand la piqûre ou la plaie du doigt a été mal soignée ou négligée, le malade est pris subitement d'un état général grave, frissons intenses, accidents gastriques, fièvre vive, etc., la partie inférieure de l'avant-bras, le poignet, deviennent chauds, rouges, des douleurs lancinantes se font sentir dans la paume de la main; pour les soulager le malade plie les deux dernières phalanges de ses doigts, qui sont alors dits en *griffe*. L'inflammation péri-tendineuse les fixe dans cette position et leur redressement par le chirurgien devient très difficile et extrêmement douloureux, contrairement à ce que nous venons de dire pour le phlegmon sous-cutané.

L'inflammation s'étant étendue à toute la longueur de la gaine, qui par son extrémité supérieure dépasse le bord supérieur du ligament annulaire et au tissu connectif périphérique, le pus s'étend donc

(1) J'ai démontré dans la thèse d'un de mes élèves M. le Dr A. Dumont (Bordeaux, 1880) que la disposition des gaines tendineuses de la main présente souvent des variations très grandes.