

temps, des résultats favorables. Il est même possible, et je l'ai fait plusieurs fois, d'opérer l'extirpation de la gaine en sculptant les tendons jusque dans la paume de la main et d'obtenir ainsi le rétablissement intégral de la fonction. Cependant, si la synovite est exclusivement fongueuse, l'amputation de l'avant-bras devient le plus souvent indispensable.

*Couche cellulo-graisseuse profonde* (fig. 184). — Au-dessous des tendons, existe une couche celluleuse très lâche contenant quelques lobules de graisse. Elle est surtout importante à la partie supérieure de la région. J'ai signalé l'existence d'une couche semblable en avant des tendons; il en résulte que dans le creux de la main les tendons fléchisseurs sont enveloppés non seulement de leur séreuse, mais d'une couche cellulo-graisseuse. Que cette couche vienne à supprimer, les tendons baigneront dans le pus.

#### Plan profond de la région du creux de la main (fig. 189).

*Aponévrose palmaire profonde* (fig. 184). — Au-devant des métacarpiens et des muscles interosseux est étalée une membrane cellulo-fibreuse, qui mérite à peine le nom d'aponévrose, tant elle est mince. Elle recouvre l'arcade palmaire profonde et la branche profonde du nerf cubital. Elle tapisse une partie de la face antérieure de l'adducteur du pouce, qui n'est, en somme, qu'un large muscle interosseux, et reçoit sur ces parties latérales les cloisons antéro-postérieures qui séparent le creux de la main des éminences thénar et hypothénar. Cette aponévrose est trop peu résistante pour s'opposer à la propagation de l'inflammation du canal carpo-métacarpien au dos de la main.

Le lecteur est maintenant en mesure, je pense, de comprendre les abcès de la paume de la main. Faisant abstraction de l'abcès sous-épidermique et de la variété qui se développe au niveau des houppes graisseuses, on voit qu'il en existe deux grandes espèces : l'*abcès sus-aponévrotique* et l'*abcès sous-aponévrotique*. Il y a entre ces deux espèces une différence telle, que le premier guérit en quelques semaines sans laisser de traces, tandis que le second compromet la vie, entraîne parfois l'amputation de l'avant-bras, et, quand il guérit, laisse souvent à la suite une impuissance plus ou moins grande de la main.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure 184 pour comprendre la raison de cette différence profonde : l'inflammation se propage rapidement à l'avant-bras par le canal carpien en suivant les traînées du tissu conjonctif que j'y ai signalées ; le pus envahit les gaines, décolle les muscles, détruit les tendons, et il faut se hâter de pratiquer deux larges incisions, l'une dans la paume de la main, l'autre à l'avant-bras, réunies par un tube à drainage qui passe en arrière du ligament annulaire antérieur du carpe.

On trouve dans la disposition anatomique de la région des éléments du diagnostic différentiel. Voici les principaux ; si le phlegmon est sus-aponévrotique, le dos de la main sera intact, le malade éprouvera des douleurs, vives sans doute, mais localisées à la paume, ne se répandant pas dans toute la main ; les doigts pourront être mis en mouvement, et cela sans augmentation de douleur. Si le phlegmon est sous-aponévrotique, l'inflammation, rencontrant moins de résistance en arrière qu'en avant, puisque l'aponévrose profonde n'est guère