

qu'une toile celluleuse, tandis que l'aponévrose palmaire superficielle est très résistante, l'inflammation, dis-je, se propagera à travers les espaces interosseux et gagnera le dos de la main. La main présentera un diamètre antéro-postérieur énorme, et des abcès ne tarderont pas à apparaître à la face dorsale. Les nerfs comprimés détermineront des douleurs extrêmement intenses sur tout leur trajet, et la main tout entière sera frappée d'immobilité. Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané de la paume de la main communique très difficilement avec celui du poignet; celui qui remplit le canal carpien forme, au contraire, une couche continue avec la couche profonde de l'avant-bras. Donc, dans l'abcès sous-cutané de la paume de la main, le poignet sera intact, tandis qu'il sera tuméfié, empâté, douloureux dans l'abcès sous-aponévrotique. Inutile de dire que, dans ce dernier cas, les symptômes généraux sont infiniment plus développés.

*Arcade palmaire profonde.* — L'arcade palmaire profonde résulte de l'union du tronc de la radiale avec une collatérale de la cubitale, de même que nous avons vu l'arcade palmaire superficielle formée de l'union du tronc de la cubitale avec une branche de la radiale.

L'arcade profonde est plus étroite et, en général, moins volumineuse que la superficielle, mais il faut savoir que rien n'est variable comme la disposition des artères de la main. Elle ne correspond pas, ainsi que la superficielle, à la ligne fictive partant de la commissure du pouce, mais est située environ à 1 centimètre au-dessus de cette ligne. Reposant immédiatement sur les muscles et les espaces interosseux, recouvertes par toutes les parties que j'ai énumérées précédemment, l'arcade palmaire profonde est beaucoup plus rapprochée de la face dorsale que de la face palmaire de la main, et doit être plus facilement atteinte par les instruments vulnérants introduits du côté de la face dorsale. Elle fournit des branches ascendantes très fines qui se distribuent aux articulations du carpe; les branches descendantes destinées aux espaces interosseux et qui s'anastomosent au niveau de la racine des doigts avec les collatérales superficielles; des branches perforantes traversant l'espace interosseux à sa partie supérieure pour s'anastomoser avec les artères collatérales dorsales fournies par la radiale. Ces artères passent à travers des anneaux fibreux, disposition qu'on retrouve chaque fois qu'une artère traverse un muscle.

Résumant ce qui concerne la circulation artérielle de la main, nous voyons que les vaisseaux y sont distribués avec profusion. Leur caractère particulier est de s'anastomoser largement entre eux. C'est ainsi que des anastomoses par inosculacion s'établissent par les deux arcades superficielle et profonde, entre la radiale et la cubitale, de façon à former deux cercles artériels superposés. De plus, les deux vaisseaux s'anastomosent au pourtour du poignet par l'intermédiaire du bracelet artériel dont j'ai parlé plus haut, ce qui forme un troisième cercle

AAP, arcade artérielle profonde.

AC, artère cubitale.

ACP, branche profonde de l'artère cubitale.

ADP, muscle adducteur du pouce.

ADPD, muscle adducteur du petit doigt.

ANP, arcade nerveuse formée par la branche profonde du nerf cubital et les branches qui en naissent.

AR, terminaison de l'artère radiale s'anastomosant par inosculacion avec la branche profonde de l'artère cubitale pour constituer l'arcade palmaire profonde.

BP, branche profonde du nerf cubital.

BS, branche superficielle du nerf cubital coupée près de son origine.

CFPD, muscle court fléchisseur du petit doigt.

LAC, ligament annulaire antérieur du carpe divisé sur la ligne médiane.

NC, nerf cubital.

NM, nerf médian.

TLP, tendon du long fléchisseur du pouce.