

tion peut se propager de l'une à l'autre, circonstance qui me paraît jeter une certaine lumière sur la marche du panaris.

La peau, la couche grasseuse et la gaine fibreuse sur la première et la seconde phalange; la peau, la couche grasseuse et la couche périostique sur la phalangette, sont si adhérentes entre elles, qu'elles ne forment, en réalité, qu'une seule couche; d'où le peu de gonflement provoqué par les inflammations qui s'y développent, et aussi les douleurs si intenses qu'elles déterminent.

Le phlegmon des doigts, appelé encore *panaris*, doit aux dispositions anatomiques précédentes de revêtir des caractères particuliers. Il peut prendre naissance dans la couche sous-cutanée et dans l'intérieur même de la gaine ostéo-fibreuse : d'où la division classique en *panaris sous-cutané* et *panaris de la gaine* (l'expression de panaris sous-aponévrotique n'a pas de sens, puisqu'il n'y a pas d'aponévrose au doigt); le panaris de la gaine atteint nécessairement le tendon; celui-ci s'exfolie, et il survient souvent une nécrose de la phalange nécessitant l'amputation du doigt. L'existence du panaris de la gaine n'est pas douteuse, et j'ai dit dans le chapitre précédent que certains panaris du pouce ou du petit doigt pouvaient se propager jusqu'à l'avant-bras et passer d'un de ces doigts à l'autre en suivant le trajet des gaines synoviales radiale et cubitale. Mais il est souvent très difficile de savoir si le panaris de la gaine est primitif ou consécutif, s'il n'est que l'extension à la gaine, par les voies que j'ai signalées plus haut, d'un panaris sous-cutané, ou bien s'il se développe d'emblée dans la gaine pour se propager ensuite au tissu cellulo-graisseux. La question me semble difficile à résoudre; cependant, le panaris ressemble si peu, au début, à ce que nous savons de l'inflammation des synoviales tendineuses en général, que je serais disposé à admettre que le panaris primitivement développé dans la gaine est excessivement rare. Dolbeau et avec lui Sappey professaient que le panaris débute toujours par l'inflammation des vaisseaux lymphatiques dont les téguments des doigts sont si abondamment pourvus.

Dans tous les cas, cette maladie emprunte sa gravité particulière à ce que la gaine peut être envahie, les tendons détruits, et le doigt perdu : aussi faut-il s'opposer de tout son pouvoir à cet accident, et le meilleur moyen d'y parvenir est de donner issue au pus en pratiquant une large et profonde incision.

Il ne faut pas attendre la fluctuation. L'incision a pour but non seulement d'arrêter la marche de l'affection et de s'opposer à l'envahissement de la gaine, mais de produire encore un débridement qui fait disparaître, ou tout au moins diminue les intolérables douleurs du panaris, douleurs dues à la résistance des couches dont j'ai parlé et à la compression des nombreux nerfs collatéraux. Malheureusement, le panaris a le triste privilège d'être traité par toutes personnes étrangères à la chirurgie, en sorte que les malades nous arrivent souvent à une période où il n'y a plus à faire qu'une amputation.

Si l'incision doit être précoce dans le panaris des première et deuxième phalanges, elle doit l'être plus encore, peut-être, dans le panaris de la troisième. Là, en effet, il n'existe qu'une seule espèce de panaris, le sous-cutané, puisqu'il n'y a pas de gaine. La graisse, ai-je dit, adhère intimement au périoste et fait corps avec lui. Au bout de quelques jours, le pus décolle le périoste, et la nécrose de la phalangette est inévitable. C'est pourquoi le panaris de la troisième phalange abandonné à lui-même dure longtemps, car la guérison ne survient