

ARTICLE III

TUMEURS BLANCHES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TUBERCULOSE DE L'ÉPAULE

La tuberculose de l'épaule — scapulalgie — est rare. Tous les types de l'ostéoarthrite bacillaire peuvent s'y rencontrer. Il faut signaler, comme formes plus spécialement observées : 1° des foyers tuberculeux de la tête humérale qui peuvent s'ouvrir au delà des limites de la synoviale et être guéris par une intervention extra-articulaire ; 2° une tuberculose fongueuse transformant la tête et la diaphyse humérale en une masse charnue rouge traversée de tractus gris blanchâtre, « caries carnososa » ; 3° une forme sèche atrophique, « caries sicca » qui est l'opposé de ce second type. Cette *carie sèche* de VOLKMANN est caractérisée cliniquement par une atrophie progressive du moignon scapulaire et par des accès névralgiques siégeant dans l'épaule et le membre supérieur. « L'atrophie, nous dit KÖNIG, ne se manifeste pas seulement par la disparition du galbe de l'épaule et par la saillie de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, mais aussi par un raccourcissement du bras qui ne tarde pas à devenir appréciable à la mensuration. » On peut au début, confondre l'affection avec le rhumatisme, avec une névralgie, avec une périarthrite chronique. Mais la persistance des douleurs, le raccourcissement du bras, la saillie de la tête humérale rapetissée, douloureuse, le relief de l'apophyse coracoïde qui finit par surplomber celui de la tête, le jeune âge du sujet, permettent de faire le diagnostic de la carie sèche.

D'une façon générale, le traitement conservateur a de moins bons effets dans la scapulalgie que dans les autres tumeurs blanches. Chez l'adulte, la résection typique est l'intervention préférable. Chez l'enfant, comme un trait de scie horizontalement mené au niveau de l'insertion interne de la capsule emporterait le cartilage épiphysaire convexe et très voisin de l'article et comme ce cartilage est un des plus fertiles de l'éco-

nomie, la résection compromettrait le développement du membre ; il faut donc s'en tenir, chez lui, à de minces excisions. L'ankylose n'a point ici son effet habituel de diminution fonctionnelle grave : les mouvements de l'omoplate sur le thorax suppléent à ceux de la jointure scapulo-humérale.

TUBERCULOSE DU COUDE

La tuberculose du coude a son foyer prépondérant dans le cubitus et surtout dans l'olécrâne, où se trouvent des amas de fongosités caséuses, amas qui évoluent plus souvent vers l'extérieur que vers l'intérieur de l'article et s'ouvrent à la partie postérieure de l'avant-bras. Les foyers sont fréquents aussi dans l'extrémité inférieure de l'humérus, vers la trochlée ou le condyle. Le radius est plus rarement atteint.

Chez les enfants au-dessous de cinq à six ans, on peut se contenter d'interventions économiques. Au delà de cet âge, la résection typique est préférable. La reconstitution d'un ginglyme aussi parfait que le ginglyme normal, voilà notre idéal ; et la résection du coude est capable de nous le donner, surtout grâce à une mobilisation post-opératoire progressive et douce.

TUBERCULOSE DU POIGNET

La tuberculose du poignet est plus souvent d'origine osseuse (64 p. 100, d'après MONDAN) que d'origine synoviale. Le carpe est le siège primitif prépondérant de ces lésions : sur 35 cas, d'après MONDAN, origine carpienne 15 ; radiale, 12 ; cubitale, 4 ; métacarpienne, 3. La forme la plus fréquente au carpe est celle des érosions cupuliformes, superficielles, petites cavités logeant un bourgeon fongueux, caséux en son centre ; les séquestres sont rares. Les lésions radiales et cubitales ont presque toujours pour origine l'épiphyse ; les séquestres sont fréquents ; les altérations peuvent quelquefois remonter fort haut. Le début se fait parfois par les gaines tendineuses ; les altérations secondaires de ces gaines sont fréquentes.

La tuberculose du poignet est une des localisations les plus

graves, à cause de la fréquence des lésions viscérales qui l'accompagne et de la multiplicité des foyers qu'on peut trouver en diverses parties du squelette.

Chez les jeunes, les abrasions, l'excision de petits séquestres, la cautérisation des masses fongueuses peuvent amener la guérison. Les formes séquestrales ou érodantes de l'adulte réclament, de bonne heure, la résection typique.

ARTICLE IV

DES INFLAMMATIONS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

I. — PANARIS

Définitions et divisions. — Le panaris est l'inflammation aiguë et septique des doigts (*dactylite* de CHASSAIGNAC). C'est un terme imprécis et banal englobant des formes d'inégale gravité; mais il marque bien que, cliniquement, ces variétés se touchent et que, de l'une à l'autre, le passage est fréquent par propagation inflammatoire.

En allant des formes simples aux formes graves, et en suivant la succession des plans anatomiques, on distingue : 1° le panaris superficiel ou sous-épidermique ; 2° le panaris sous-cutané ; 3° le panaris des gaines ; 4° le panaris ostéo-périostique.

Étiologie. — L'affection est toujours consécutive à une inoculation septique du doigt; et cette infection, qui a pour agents habituels les streptocoques et les staphylocoques, s'opère par une lésion cutanée souvent insignifiante, et par là même négligée; menue crevasse de la sertissure de l'ongle, « envies », érosions épidermiques, piqûres.

Symptomatologie : 1° *Panaris superficiel*. — Cette forme répond, en réalité, à une lymphangite superficielle sous-épidermique, occupant le riche réseau qui couvre de ses mailles les faces dorsale et palmaire des doigts — Il présente deux formes. Le panaris érythémateux est caractérisé par une rougeur diffuse « gantant » tout le doigt ou seulement un segment, avec un peu de gonflement et de douleur, aboutissant à la réso-

lution en trois ou quatre jours. Le panaris phlycténoïde succède au précédent ou se forme sans rougeur préalable : il est remarquable par la production d'une phlyctène (mal blanc), qui est remplie d'une sérosité transparente ou louche et qui résulte d'une exsudation entre le corps muqueux de MALPIGHI et les couches superficielles de l'épiderme; il siège soit autour de l'ongle (panaris péri-unguéal), qu'il contourne (tournoïe, Umlauf, des Allemands), soit au-dessous de l'ongle (panaris sous-unguéal), forme douloureuse, entraînant ordinairement le décollement de l'ongle et sa chute.

2° *Panaris sous-cutané*. — Si cette angioleucite superficielle envahit les tronculés lymphatiques du derme et de l'hypoderme, elle produit le panaris phlegmoneux sous-cutané. Or, le tissu cellulaire de la face palmaire se compose de faisceaux, obliquement dirigés du corps papillaire vers les parties profondes, au lieu d'être parallèles à l'axe du membre comme à la face



Panaris sous-dermique



Panaris de la gaine



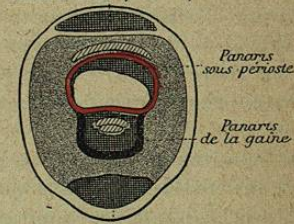
E.O.

Panaris sous-périoste

Fig. 223.

Schéma montrant les diverses variétés de panaris.

Panaris sous-épidermique



Panaris sous-périoste

Panaris de la gaine

Panaris sous-dermique

Fig. 226.

Le même sur une coupe transversale d'un doigt.

dorsale : de là, la formation de véritables loges inextensibles dans lesquelles s'étranglent les pelotons cellulo-adipeux enflammés; de là, par analogie avec le furoncle, la nécrose cellulaire, la formation de vrais bourbillons de sphacèle, et l'inten-

sité des douleurs expliquée par l'hypertension des parties.

Le panaris sous-cutané est ordinairement un panaris segmentaire, c'est-à-dire circonscrit à un segment du doigt ; cette localisation est due, comme le dit BLUM, aux tractus fibreux qui relient la peau aux tissus profonds, au niveau des plis cutanés articulaires. Son lieu d'élection est la face palmaire de la phalange : *panaris de la pulpe*, particulièrement fréquent au niveau du pouce et de l'index. Il est caractérisé par une douleur atroce que le débridement seul apaise. — Ces panaris de la phalange ont des particularités très importantes à connaître en pratique. Il ne faut jamais oublier que la suppuration ne s'y manifeste point par une fluctuation nette ; qu'au contraire la pulpe, pseudo-fluctuante à l'état normal, se tend et durcit lorsqu'elle s'enflamme, devenant d'autant plus dense qu'elle renferme du pus sous tension, et que, si l'on tarde à inciser, cette suppuration se complique précocement d'une nécrose de la phalange ; car tous ces panaris sous-dermiques éprouvent de grandes difficultés à se porter à l'extérieur à cause de la résistance du derme.

Une autre variété de panaris sous-cutané siège sur le dos des doigts, au niveau de la première phalange : c'est le *panaris anthracoidé*, véritable furoncle, dû à l'inflammation des glandes pilo-sébacées. Il débute par une tuméfaction circonscrite, douloureuse, rouge violacé, sur laquelle apparaissent des points blanchâtres par lesquels s'évacuent les bourbillons de ce gros furoncle.

Il est assez fréquent de voir les panaris phlegmoneux se composer d'une double collection purulente : l'une sous-cutanée, l'autre sous-épidermique, communiquant par une étroite ouverture (panaris en bouton de chemise). Pratiquement, il faut connaître ces abcès à deux étages : la collection profonde doit être toujours largement débridée ; il faut exciser aux ciseaux les parois épidermiques décollées de la loge superficielle, qui retiennent le pus, font clapier et retardent la guérison.

3° *Panaris des gaines*. — Un panaris sous-cutané, tardivement débridé, tend à se propager vers les parties profondes (en raison de la résistance du derme) et gagne la gaine fibro-synoviale des

doigts. Voilà l'évolution ordinaire, et elle a son importance pratique : bien des amputations des doigts seraient épargnées si le traitement du panaris sous-dermique était, dès le début, conduit avec vigueur. Il est rare que le panaris débute d'emblée par la synoviale.

L'évolution de cette synovite septique sera différente selon le type anatomique de la séreuse digitale. L'index, le médius, l'annulaire présentent une synoviale, bornée à l'étendue des deux premières phalanges et indépendante des grandes synoviales palmaires : l'infection pourra y rester limitée. Au contraire, pour le pouce et le petit doigt, les synoviales digitales se continuent avec les deux grandes gaines carpo-métacarpiennes interne et externe : l'infection, et plus tard le pus, trouvent une voie ouverte qui les conduit dans la paume de la main et, à travers le canal radio-carpien, jusqu'à la face antérieure de l'avant-bras.

Le panaris des gaines présente les caractères suivants : 1° des douleurs violentes, dues à la distension de la synoviale étranglée par sa doublure fibreuse ; 2° la rétraction des doigts qui sont portés en flexion, en crochet, parce que c'est une position de relâchement et de moindre souffrance (toute tentative de redressement est très douloureuse) et aussi parce que c'est l'effet mécanique de l'épanchement intra-synovial ; 3° la tuméfaction tendue, rénitente, obscurément fluctuante (en raison de la profondeur et de la tension) qui, pour les doigts intermédiaires se trouve limitée aux deux premières phalanges, pour le pouce gagne l'éminence thénar et la partie externe du poignet, pour le petit doigt soulève l'éminence hypothénar et la partie cubitale de l'avant-bras. — Les symptômes généraux sont très marqués : fièvre, inappétence, soif vive. — Le pronostic est moins grave qu'autrefois ; mais l'affection négligée se complique de sphacèle tendineux, de nécrose des phalanges ; il persiste des ankyloses tendineuses qui compromettent la fonction ; dans les panaris du pouce et du petit doigt, le phlegmon du membre supérieur est à craindre.

4° *Panaris ostéo-périostique*. — Il est ordinairement secondaire et consécutif à un panaris pulpaire de la phalange ; à

ce niveau, en effet, au-dessous de la couche sous-cutanée il n'existe que le squelette recouvert de son périoste : la phalangette baigne dans le pus, et la densité résistante du derme, en ce point, favorise la prolongation de ce contact septique, si un débridement n'intervient pas. — Au niveau de la phalangine et de la phalange, la gaine synoviale tendineuse s'interpose entre l'os et les tissus sous-cutanés ; il faut donc que la séreuse soit infectée et ulcérée pour que le squelette soit atteint. — Dans quelques cas, il s'agit d'une véritable ostéomyélite primitive des phalanges : le panaris osseux débute, la suppuration des parties molles est secondaire. — La propagation d'un panaris à l'os se reconnaît par la persistance de la suppuration malgré l'incision et par l'exploration des parties nécrosées et dénudées, donnant un son sec sous le stilet.

Traitement. — Prévenir le panaris, par le traitement antiseptique : bains de doigt dans la solution sublimée chaude au millième, pansements humides avec des compresses imbibées de la même solution, jamais de solutions phéniquées ou phénosalylées (en raison de la gangrène phéniquée fréquente aux doigts). Ouvrir précocement par une incision médiane palmaire profonde, et continuer les bains et pansements humides. Si la phalangette est nécrosée, l'extraire par notre incision en fer à cheval contournant les bords du doigt.

II. — INFLAMMATIONS DE LA MAIN ET DE L'AVANT-BRAS

1° INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES. — Les *inflammations superficielles* se présentent sous la forme d'*angioleucites* ou de *phlegmons sous-dermiques*, consécutifs à un durillon forcé.

2° SUPPURATIONS PROFONDES DE LA MAIN ET DE L'AVANT-BRAS. — Les *inflammations profondes* sont sous-jacentes à l'aponévrose palmaire : elles succèdent ordinairement à un panaris et surtout aux panaris du pouce et du petit doigt. Une douleur violente, exaspérée par tout mouvement, apparaît à l'éminence thénar ou hypothénar ; les fléchisseurs se rétractent et les deux dernières phalanges se recourbent en crochet. La tuméfaction dessine parfois nettement la forme des gaines carpo-métacar-

piennes : le ligament annulaire l'étrangle et forme bissac ; le phlegmon des gaines est hors de doute. Mais il est fréquent d'observer un gonflement diffus : les doigts, la paume, le poignet, le dos de la main sont occupés par une tuméfaction œdémateuse ; c'est la « main en battoir » de TILLAUX.

S'agit-il alors d'une *synovite purulente*, propagée au poignet, ou d'une *suppuration profonde de nature lymphangitique* ? — C'est la vieille question, ouverte par les travaux de VELPEAU et de BAUCHET, son élève, sur la pathogénie des suppurations profondes de la main et de l'avant-bras, qui redevient d'actualité. A la suite des travaux anatomiques sur les synoviales carpo-métacarpiennes, les chirurgiens ont eu une tendance, avec GOSSELIN, à ne voir dans les phlegmons de la main que des suppurations des gaines. Nous nous accordons maintenant à remettre en lumière l'importance clinique du phlegmon lymphangitique : théorie de DOLBEAU, que les travaux de LE DENTU, ALTEMAIRE et de BOVIS, et les nôtres ont contribué à reprendre.

Il faut admettre deux formes de suppurations de la main : la *synovite purulente primitive*, et la *lymphangite* (lympho-phlegmon et adéno-phlegmon) avec abcès à distance. Cette forme lymphangitique se reconnaît aux caractères suivants : 1° le siège de la plaie d'inoculation (au lieu d'une plaie palmaire, c'est une blessure sur les parties dorsale ou latérale des doigts) ; 2° l'apparition plus tardive de la déformation en griffe ; 3° la diffusion du gonflement œdémateux qui gagne promptement la face dorsale de la main, et qui a pour siège de prédilection l'espace interdigital ; 4° l'irrégularité des foyers de suppuration, la rareté des collections palmaires, la fréquence des suppurations dorsales.

Traitement. — Désinfecter la plaie initiale par les bains continus et les pansements antiseptiques humides ; dès que le pus est formé, inciser parallèlement à l'axe de la main, au-dessus ou au-dessous d'une ligne prolongeant le bord interne du pouce fortement écarté (ligne de l'arcade palmaire) ; en haut, s'écarter du médian, et, pour plus de sécurité, après l'incision de l'aponévrose, remplacer le bistouri par la sonde cannelée poussée profondément vers le pus.

III. — SPINA VENTOSA

Définition. — Le terme de *spina ventosa*, inspiré d'une grossière comparaison avec un os « soufflé », renflé par une coque osseuse, doit être remplacé par celui de *dactylite tuberculeuse*. Il répond en effet, aux lésions tuberculeuses des doigts, (*doigt scrofuleux* des anciens) ou des orteils.

Anatomie pathologique. — Or, ces lésions bacillaires peuvent, de même que les panaris, occuper divers sièges : les parties molles; la gaine synoviale digitale; le squelette des phalanges.

Infiltration des parties molles



Gaine distendue
Infiltration des parties molles

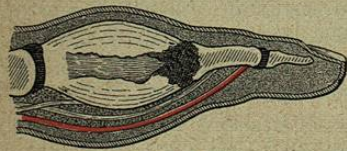


Fig. 227.

Spina ventosa avec ostéo-arthrite de la phalange.

lièrement fusiforme. Cette coque est perforée d'un ou plusieurs cloaques, par lesquels la sérosité grumeleuse, caractéristique des lésions bacillaires, s'écoule vers des fistules occupant le dos ou la face latérale des phalanges. Parfois, les jointures adjacentes sont prises, montrant les lésions d'une ostéo-arthrite tuberculeuse, analogues en miniature, à celles d'une grande articulation, telle que le genou. — Mais cette forme ostéopériostique n'est point constante (fig. 227) : soit par la radiographie, soit par l'examen après l'amputation, nous avons pu, maintes fois, démontrer l'existence de tuberculoses digitales, à lésions prédominantes ou même exclusives dans la gaine synoviale ou dans les parties molles.

Symptomatologie. — L'affection s'observe surtout chez les enfants et, très souvent, coïncide avec des tuberculoses à localisations multiples. La tuméfaction progresse peu à peu, s'allongeant en fuseau selon l'axe d'un métacarpien ou d'une phalange. Lorsque la première phalange est atteinte, le doigt se renfle à sa base (déformation en bouteille, en radis); si la seconde phalange est prise, le doigt se déforme « en fuseau ». Ce gonflement fusiforme, peu douloureux, peut persister longtemps sans altération cutanée. Ordinairement, au niveau d'un point où la peau est amincie, violacée, une fistule s'ouvre, sur le dos ou les côtés; les bords en sont décollés, le fond rempli de fongosités; le stylet rencontre un os dénudé ou carié. Quand l'état général est bon, la guérison s'observe, après élimination des parties malades : les doigts restent raccourcis (par altération des cartilages épiphysaires), ou déviés en flexion; quand les jointures ont été envahies, leur ankylose est à craindre.

Traitement. — Il doit s'inspirer de l'état général. Si la résistance organique est bonne, on peut lutter par le traitement conservateur, l'ignipuncture profonde, le curettage, les excisions partielles. Mais, si l'état général décline, et s'il s'agit d'un doigt qui n'est pas chef de file (index, médium, annulaire) mieux vaut se déterminer, par l'amputation dans le métacarpien, à un sacrifice précoce, plutôt que de conserver péniblement un doigt déformé, ankylosé, gênant pour ses voisins dont il entrave la fonction.

ARTICLE V

VICES DE CONFORMATION DES MEMBRES

Classification des malformations. — Les vices de conformation peuvent porter : 1° sur la totalité du membre où sur les segments de ce membre; 2° sur les extrémités, pieds et mains.

Pathogénie. — On ne peut comprendre les malformations des membres sans quelques notions élémentaires sur leur formation normale. Les membres apparaissent, chez l'embryon

humain, au commencement de la quatrième semaine, sous la forme de deux bourgeons plats, constituant deux palettes disposées parallèlement au plan vertical antéro-postérieur du corps.

Dans la cinquième semaine, le bourgeon se différencie en deux segments : l'un basal, attenant au tronc, future cuisse ou futur bras; l'autre périphérique répondant au pied ou à la main, distingué, par un sillon, du restant du membre. — La partie terminale de la palette présente un épaississement de son bord marginal : c'est le *bourrelet digital*, que limite une rainure, et aux dépens duquel les doigts vont se former. Quatre sillons longitudinaux, répondant aux quatre espaces interdigitaux, divisent, vers la sixième semaine, le bourrelet digital en cinq articles distincts, *reliés entre eux par une membrane prolongée jusqu'à leur extrémité libre* : c'est la main ou le pied palmé, type qui persiste encore à la fin du deuxième mois, et dont la syndactylie n'est qu'une permanence anormale. — Puis, les doigts, s'allongeant, débordent la membrane interdigitale; ils deviennent libres. Au sein du mésoderme qui constitue l'axe des palettes, se différencie, durant le deuxième mois, les pièces du squelette cartilagineux : les anomalies de cette segmentation cartilagineuse expliquent l'absence congénitale d'un ou plusieurs os composant les divers segments, radius ou cubitus, péroné, pièces du métacarpe ou du métatarse.

1° ABSENCE TOTALE OU MALFORMATION SEGMENTAIRE D'UN MEMBRE

Depuis GEOFFROY SAINT-HILAIRE, il est classique de diviser ces malformations, totales ou segmentaires, d'un membre en trois classes : 1° l'*ectromélie*; 2° l'*hémimélie*; 3° la *phocomélie*.

L'*ectromélie* répond à l'absence totale d'un ou plusieurs membres; elle est ordinairement symétrique, frappant les deux membres supérieurs ou inférieurs. — Dans l'*hémimélie*, le segment basilaire, répondant à la racine du membre (cuisse ou bras), est normalement développé, tandis que le segment périphérique (jambe ou avant-bras) est atrophié, le membre se terminant par un moignon raccourci et grêle, porteur d'une

main ou d'un pied rudimentaire. — Dans la *phocomélie*, les deux segments, basilaire et périphérique, font totalement ou partiellement défaut, et la main ou le pied, plus ou moins défectueux, sont directement appendus au tronc.

Deux hypothèses expliquent la production de semblables anomalies. D'une part, un arrêt de développement peut entraîner la non-production de certaines parties du membre : la *phocomélie* répond à l'état initial, alors que les palettes embryonnaires sont appliquées de chaque côté sur les parois latérales du tronc. D'autre part, il est admis, depuis le travail de MONTGOMERY en 1832, que l'enroulement de brides amniotiques ou du cordon ombilical, autour d'un segment de membre, est capable, soit d'y marquer sa trace par un sillon de strangulation (sillons congénitaux), soit d'exercer une constriction telle qu'elle produit l'amputation spontanée.

2° VICES DE CONFORMATION DES MAINS ET DES PIEDS

Malformations des doigts. — Trois malformations digitales sont à étudier : 1° la *syndactylie* qui résulte de la persistance de l'état palmé de la main ou du pied, durable chez l'embryon jusqu'à la fin du deuxième mois; 2° la *polydactylie* qui est caractérisée par l'existence de doigts surnuméraires plus ou moins régulièrement développés, et qui est explicable par une segmentation excessive du bourrelet digital; 3° l'*ectrodactylie* qui consiste dans l'absence d'un ou plusieurs doigts et qui s'associe souvent à d'autres malformations (*brachydactylie* à doigts raccourcis; *main en pince de homard*, réduite à deux doigts; *main ou pied fourchu*, caractérisé par le défaut du doigt moyen et de son métacarpien).

La syndactylie est l'espèce clinique la plus intéressante. Elle comporte trois variétés : 1° la syndactylie *membraneuse* où les doigts sont réunis par une membrane mince, à double lame cutanée; 2° la syndactylie *sans membrane interdigitale*, où les doigts, intimement accolés, sont enveloppés dans une étroite et commune gaine cutanée; 3° la syndactylie avec *synostose*, où les doigts sont soudés par leur squelette.