

Symptômes. — L'aspect des déformations varie avec le type auquel appartient la difformité. Dans les variétés *palmaire, radio et cubito-palmaire*, les plus fréquentes, la main fait avec l'avant-bras un angle plus ou moins aigu, d'où résulte un coude brusque correspondant au carpe. D'habitude le renversement se fait sur la face palmaire; la déviation dorsale semble très rare. BOUVIER n'en avait vu qu'un seul exemple.

La main paraît la plupart du temps immobile, les doigts à demi fléchis ne jouissent que de mouvements très limités; l'avant-bras est amaigri, on voit quelquefois à sa face antérieure des cordes saillantes correspondant aux muscles respectés.

Traitement. — Trois ordres de moyens ont été employés dans le traitement de la main bote: les manipulations, les sections tendineuses, les appareils.

a. *Manipulation.* — Les manipulations, que le chirurgien fait avec ou sans l'aide du sommeil chloroformique, consistent à tendre et à relever peu à peu les organes. Ces manœuvres, dont il faut user avec ménagement, rendent des services lorsque les résistances ne sont pas très grandes; elles nécessitent toujours l'emploi d'un appareil mécanique qui conserve le redressement obtenu dans chaque séance.

b. *Ténotomie.* — Toutes les fois que des cordons sous-cutanés sont sentis par la main dans les tentatives de redressement du membre, la section des tendons devient nécessaire; néanmoins cette section ne doit jamais porter sur les tendons fléchisseurs (VELPEAU), car la cicatrisation des deux bouts se faisant isolément, les mouvements qui résultent de l'action de ces muscles sont abolis et la main se trouve après l'opération dans une situation plus mauvaise qu'avant.

c. *Appareils.* — Nombre d'appareils ont été imaginés par VENEL, MELLET, DELACROIX, ROBERT et COLLIN dans le but de remédier à cette difformité.

§ 2. — Affections inflammatoires

Bibliographie. — DOLBEAU. *Leçons sur les inflammations du membre supérieur*, in *Journ. de l'École de médecine*, 1874.
Voyez aussi la Bibliographie des *Lymphangites et des phlegmons*, t. I^{er}, p. 340 et 526.

Parmi les affections inflammatoires du membre supérieur, les angioleucites et les phlegmons méritent seuls une description spéciale.

1^o ANGIOLEUCITES

Étiologie. Début. — Toute plaie des doigts ou de la main peut donner lieu à une angioleucite et, particularité importante, cette angioleucite se montre indifféremment à toutes les périodes, depuis le moment où la blessure vient d'être faite jusqu'à celui où elle touche à la cicatrisation (DOLBEAU). Parmi

les plaies des doigts, les piqûres septiques (piqûres anatomiques, piqûres faites par les arêtes de poisson) fournissent un contingent des plus considérables.

Suivant la nature de l'élément septique absorbé par les lymphatiques, le début de l'angioleucite est fort différent. Tantôt un étudiant en pleine santé est pris brusquement, le lendemain ou le surlendemain d'une autopsie, à la suite d'une piqûre insignifiante, d'accidents généraux graves, frissons, nausées, vomissements précédant toute manifestation locale; tantôt, au contraire, la maladie s'établit d'une façon insidieuse sans réaction.

Formes. — Au point de vue anatomo-pathologique, la lymphangite est susceptible de se manifester au membre supérieur sous trois formes: exsudative, suppurative et gangreneuse; relativement à son siège, elle est réticulaire ou tronculaire, superficielle ou profonde. Cette dernière variété dont les symptômes sont difficiles à établir aurait, d'après DOLBEAU, les plus grandes affinités avec le phlegmon diffus.

Symptômes. — Quel qu'ait été le début du mal, on ne tarde pas à voir apparaître autour d'une plaie des plaques ou des trainées rouges dont les sinuosités dessinent sous la peau le trajet des lymphatiques superficiels. Sur le trajet de ces cordons il existe de la douleur consistant en cuisson vive, exaspérée par la pression.

Les ganglions aboutissants (sous-épitrochléens et axillaires) deviennent sensibles, augmentent de volume et atteignent souvent des proportions assez considérables pour constituer une véritable adénite; toutefois la réaction ganglionnaire n'est pas constante.

La lymphangite ne progresse pas toujours et quand même de la périphérie au centre; elle suivrait, dans quelques circonstances, une marche diamétralement opposée, et l'on aurait vu « des angioleucites nées autour d'une plaie de l'avant-bras et du bras; s'étendre, non du côté de la racine du membre, laquelle reste absolument intacte, mais du côté de sa partie terminale » (DOLBEAU).

Une fièvre intense, accompagnée de céphalée et de troubles gastriques, est le cortège habituel de ces poussées.

L'évolution de la lymphangite diffère suivant sa forme; l'angioleucite réticulaire se termine par résolution et ne suppure presque jamais; l'angioleucite tronculaire donne lieu à des abcès, à des suppurations diffuses qui se développent sur le trajet des troncs enflammés ou autour des ganglions (adénites et péri-adénites suppurées de l'aisselle). Au moment de la formation du pus les symptômes généraux s'aggravent, ils prennent un caractère d'adynamie très marqué dans les formes phlegmoneuse et gangreneuse.

DOLBEAU attire l'attention sur la fréquence des abcès lymphangitiques à la région interne du bras, cette particularité tient selon toute probabilité au grand nombre de vaisseaux lymphatiques superficiels en ce point et au coude qu'ils décrivent pour traverser l'aponévrose en allant rejoindre les lymphatiques profonds.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic paraît absolument subordonné à l'intensité de l'agent septique introduit dans l'économie; d'une manière générale, la lymphangite exsudative réticulaire ou tronculaire guérit rapidement; les formes suppurée et gangreneuse, au contraire, affaiblissent les malades;

cette dernière variété se terminerait presque constamment par la mort (JALAGUIER).

Nous ne saurions reprendre le traitement des lymphangites, longuement exposé tome I^{er}, page 533; qu'il nous soit permis cependant de rappeler les excellents résultats obtenus par l'emploi des bains antiseptiques prolongés; ils rendent les plus grands services et méritent toute l'attention des praticiens.

2^o PHLEGMONS

Bibliographie. — CLOQUET, *Gaz. des Hôp.*, 1837. — VELPEAU, *Ann. de thérap.*, t. III, 1845, et *Abeille méd.*, p. 90, t. IX, 1852. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration et du drainage*, Paris. — BAUCHET, *Panaris et phlegmons de la main*, 2^e édit., 1859. — DEMARQUAY, *Gaz. heb.*, 1868. — FERRAND, *Revue de thérap. méd. chir.*, 1877. — DUPLAY, *Progrès méd.*, 1877. — BULTEAU, *cod. loc.*, 1878. — BRAME, *Courrier méd.*, 1880.

Thèses de Paris. — 1854, BORELLI. — 1855, THOMAS. — 1856, AVICE, BUSNOT-LALANDE. — 1859, BAUCHET, MERCIER, RATHOIS. — 1868, THÉVENY. — 1874, POURIEU, VACQUERET. — 1875, CHEVALET. — 1878, GARNIER.

Le phlegmon diffus des membres ayant été pris pour type de la description faite tome I^{er}, page 344, nous nous bornerons à étudier ici les phlegmons de la main et de l'avant-bras.

Étiologie. — Les phlegmons de la main, moins fréquents que les panaris, sont parfois consécutifs à ceux-ci ou succèdent aux nombreuses blessures que nous avons étudiées précédemment, en particulier aux plaies contuses, aux morsures, aux piqûres dans lesquelles reste un fragment de corps étranger; enfin on les voit aussi survenir spontanément, fait qui doit attirer l'attention du chirurgien sur l'état général du sujet et le faire songer à l'alcoolisme, au diabète, etc.

Variétés. Siège. — Il existe deux variétés distinctes dans le phlegmon de la main, selon que le siège de l'inflammation est sous-cutané ou sous-aponévrotique; de la sorte nous éliminons totalement les phlegmons superficiels admis par les auteurs.

Quelle que soit leur origine, ces phlegmons occupent presque constamment la face palmaire et l'inflammation ne gagne la face dorsale que consécutivement.

A. — PHLEGMONS SOUS-CUTANÉS

Le phlegmon sous-cutané consécutif aux panaris, aux ampoules non soignées, aux durillons forcés, comprend dans son évolution deux périodes nettes, l'une d'inflammation proprement dite, l'autre de suppuration.

Symptômes. — Des douleurs vives, lancinantes, qu'exaspèrent la pression et les mouvements des doigts, attirent tout d'abord l'attention; bientôt se développe une tuméfaction notable accompagnée de rougeur, ces symptômes sont souvent marqués par le gonflement général de la main, lorsqu'elle a

macéré dans les cataplasmes. Arrêtée du côté du poignet par les tractus fibreux qui unissent fortement la peau à l'aponévrose, la tuméfaction gagnera le bas de la main et passant par les espaces interdigitaux se communiquera avec une grande rapidité au tissu cellulaire lâche qui occupe le dos de cet organe. Cette partie devient chaude, rouge, douloureuse; elle est très tuméfiée, pendant qu'à la face palmaire il n'y a ni rougeur, ni gonflement. Le praticien doit être prévenu de cette particularité et ne pas attendre que la suppuration se manifeste à la face dorsale.

La flexion des doigts constitue un phénomène constant dans les inflammations de la main; en mettant les parties dans le relâchement elle diminue la tension inflammatoire et rend la douleur moins vive, mais dans le phlegmon sous-cutané la rétraction des doigts n'est pas permanente; on peut les ramener sans grande difficulté jusqu'à l'extension complète.

Une fièvre intense, parfois du délire, des symptômes gastriques très marqués accompagnent la période inflammatoire de ces phlegmons.

Vers le cinquième jour, une collection purulente est établie, la peau s'enflamme, s'amincit, s'ulcère. Cette ulcération a lieu en général sur plusieurs points à la fois ouvrant au pus de petits pertuis en nombre variable, irrégulièrement circulaires, analogues à ceux que l'on observe dans le panaris sous-cutané. L'épiderme, souvent assez épais, se laisse soulever et décoller par le pus, il se produit ainsi des phlyctènes purulentes, communiquant avec le foyer sous-cutané par un orifice étroit, *abcès en bouton de chemise* de VELPEAU. Reconnaître la fluctuation est chose toujours difficile, mais la saillie des téguments au niveau du point de départ du phlegmon, la douleur aiguë, lancinante, que réveille la moindre pression en ce point, indiquent suffisamment le lieu où s'est collecté le liquide.

Traitement. — Pendant la première période de développement du mal, les onctions résolutives, les bains locaux, les cataplasmes, les applications de sangsues constituent la base du traitement; l'élévation du membre, les vésicatoires, la compression méthodique ont réussi à prévenir la suppuration. Néanmoins il ne faut pas compter sur cette heureuse terminaison; dès que les signes rationnels ci-dessus mentionnés permettent de soupçonner la présence du pus, le chirurgien doit inciser. Ainsi que le fait remarquer BAUCHET, il est facile d'arriver sur le pus sans blesser aucune des artères de la main, « car les foyers purulents en se développant, proéminent vers la peau et sont placés au-devant de l'aponévrose palmaire, partant au-devant des vaisseaux de cette région. » Toutefois, l'incision sera faite avec précaution autant que possible au-dessous de l'arcade palmaire superficielle.

B. — PHLEGMONS PROFONDS

Définition. — On réserve ce nom aux phlegmons qui se développent dans la couche profonde de la paume de la main, dans les gaines tendineuses ou dans le tissu cellulaire au pourtour de ces gaines. « Conjointement à ces inflammations, on observe du côté de l'avant-bras des phlegmasies importantes, profondes aussi, liées à la même cause, le plus souvent antérieures comme deve-

loppement à la lésion de la main, et formant avec cette lésion un ensemble pathologique qu'on ne saurait scinder sans en dénaturer les caractères et sans en méconnaître la véritable nature » (DOLBEAU).

Étiologie. — Le point de départ à peu près constant de ces inflammations est une blessure des doigts; il n'est pas nécessaire pour cela que la gaine soit intéressée, car de simples piqûres ont fréquemment occasionné pareil résultat. La clinique démontre que les lésions du pouce et du petit doigt ont une aptitude spéciale à donner lieu à des inflammations profondes.

Symptômes. — Le mode de début des accidents est des plus variables; il se montre souvent lent et insidieux, et ce n'est qu'au bout de quelques jours, de quelques semaines (LEGOUÉZ) que la maladie se trouve constituée.

Dans d'autres circonstances, un individu s'est fait une piqûre qu'il a négligée, puis brusquement il est pris de frissons violents suivis de vomissements, de fièvre, de céphalalgie, d'un grand malaise; bientôt apparaît sur la face antéro-supérieure de l'avant-bras ou au poignet, une rougeur diffuse accompagnée de douleurs violentes, indices d'un phlegmon profond. L'attitude des doigts est importante à noter, la main prend la forme dite *en griffe*: la première phalange reste dans l'extension et continue la direction du métacarpien tandis que les deux autres sont recourbées en crochet; pour redresser les doigts un effort considérable serait nécessaire, il provoquerait des souffrances intolérables.

Quel que soit le siège du gonflement, la lésion marche rapidement et donne lieu à la formation de foyers purulents bien circonscrits au début mais qui ne tardent à fuser dans toutes les directions, en sorte qu'au bout d'un certain temps le pus occupe la paume de la main et l'avant-bras en entier; les foyers sont séparés par le ligament palmaire, mais il est possible en pressant alternativement au-dessus et au-dessous, de faire refluer le liquide d'un point à l'autre. Contrairement à l'opinion généralement admise, DOLBEAU pense que la suppuration existe d'abord dans la région antérieure de l'avant-bras, puis que le pus se créant un passage dans les gaines musculaires qui ne lui opposent aucune résistance, fuse jusqu'à leur extrémité inférieure. Si le chirurgien n'intervient pas, le mal fait des progrès rapides, la main acquiert un volume considérable, le pus gagne le tissu cellulaire sous-cutané et finit par se faire jour en différents points; par ces ouvertures s'échappent avec lui des morceaux de tissu cellulaire et des lambeaux de tendons sphacelés. A ce degré, le phlegmon occasionne fatalement la perte du membre et compromet l'existence du malade.

Diagnostic. — Il importe, au point de vue du pronostic et du traitement, d'être rapidement fixé sur l'existence d'un phlegmon profond; la douleur, l'intensité des phénomènes généraux, la flexion des doigts en crochets, le gonflement bilobé se développant au-dessus et au-dessous du ligament annulaire antérieur du corps, attireront l'attention et feront penser à une inflammation du tissu cellulaire de la main. S'il est possible d'étendre les doigts sans éveiller de grandes souffrances, si le gonflement occupe la face dorsale de la main, la face palmaire restant à peu près normale, on ne saurait hésiter; il s'agit d'un phlegmon sous-cutané.

Pronostic. — Le pronostic de cette variété de phlegmon est excessivement grave; nous avons vu qu'il était susceptible d'entraîner la perte du membre, même la mort du malade. Lorsque les tendons ont été détruits par le sphacèle ou que les articulations métacarpo-phalangiennes se sont ankylosées, les mouvements des doigts correspondants sont à jamais perdus; dans les cas les plus heureux il reste toujours des adhérences péri-tendineuses limitant la motilité, mais à la longue la main finit par récupérer l'intégrité de ses fonctions.

Parmi les complications possibles signalons aussi la gangrène et les hémorragies.

Traitement. — Pendant les premiers instants, alors que le mal est encore à la période de début, il faut s'efforcer, par tous les moyens possibles, de faire avorter l'inflammation; les onctions mercurielles, les sangsues appliquées en grand nombre, les vésicatoires volants, la compression méthodique, etc. réussissent moins souvent que dans les phlegmons sous-cutanés. Dès que la fluctuation ou les signes rationnels permettent de soupçonner la présence du pus dans un point, il est indiqué d'inciser couche par couche, en évitant les vaisseaux et les nerfs de la région. Une seule incision suffit rarement à assurer l'écoulement du pus, d'ordinaire de nombreuses contre-ouvertures et des tubes à drainage sont nécessaires. La première incision étant faite, nous conseillons d'immerger l'avant-bras et la main dans un bain antiseptique, puis, par l'ouverture de la plaie, le chirurgien fait pénétrer une sonde cannelée ou un trocart de CHASSAIGNAC qui, cheminant à travers les tissus, passe sous le ligament annulaire du carpe et arrive dans la région de l'avant-bras; sur la pointe de cet instrument sentie à travers les téguments, il fera une contre-ouverture, puis passera un tube à drainage. Les bains antiseptiques prolongés seront répétés matin et soir, jusqu'à ce que la suppuration soit tarie. Après la cicatrisation des trajets fistuleux, le massage et des exercices gradués aideront au rétablissement progressif des mouvements.

§ 3. — Anévrismes cirsoïdes et varices du membre supérieur

1° ANÉVRYSMES CIRSOÏDES

Bibliographie. — WARDROP, *Med. Chir. Transact.*, 1818. — GUILLON, *Bull. de therap.*, 1844. — LETENNEUR, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1859. — COCTEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1865. — POLAILLON, art. MAIN du *Dict. encycl.*, 1869 (Bibliog.). Thèses de Paris. — 1855, VERMONT. — 1857, DECÈS. — 1867, LABURTHE. — 1872, TERRIER (Agrég., Bibliogr.). Consultez la Bibliographie des *Anévrismes cirsoïdes*, t. I^{er}, p. 474.

Après la tête, la main paraît être le siège de prédilection des varices artérielles. Ces tumeurs ont ordinairement une origine congénitale; elles se montrent d'emblée ou succèdent à un nœvus. Cependant KRAUSE a vu un anévrisme cirsoïde se développer à la suite d'une morsure; une plaie contuse amena le même résultat dans un fait observé par DEMARQUAY.

Les varices artérielles occupent d'habitude la face palmaire de la main et constituent une masse molle, mamelonnée, animée de mouvements isochrones à ceux du pouls, très appréciables à la vue et au toucher. L'examen attentif de ces tumeurs permet de reconnaître un souffle doux et continu, ou fort et saccadé (*thrill*), la diminution de volume des parties envahies par suite de la compression de la sous-clavière ou de l'humérale et leur accroissement sous l'influence des obstacles apportés à la circulation veineuse. Il existe communément une hypertrophie des doigts au niveau desquels la lésion a son siège, et la température du côté malade est toujours supérieure de plusieurs degrés à celle du côté sain; la sécrétion des glandes sébacées et sudoripares y est aussi beaucoup plus abondante; ces différents troubles sont la conséquence naturelle de l'excès de nutrition occasionnée par le flux anormal de sang artériel. L'accroissement de ces tumeurs est rapide; les artérioles, d'abord peu dilatées, acquièrent un volume de plus en plus considérable et la dilatation finit par gagner les troncs artériels de l'avant-bras et du bras.

Le pronostic de cette affection est loin d'être bénin. Sur douze (12) cas réunis par POLAILLON, une fois la maladie a été jugée au-dessous des ressources de l'art, trois fois elle a nécessité l'amputation du poignet, de l'avant-bras, même du bras, et dans cinq autres faits les moyens thérapeutiques ont entraîné une amélioration à la suite de laquelle les récidives étaient à craindre.

Parmi les divers procédés mis en usage pour la cure de ces anévrysmes et dont on trouvera la description tome I^{er}, page 474, la ligature des principaux troncs artériels est un moyen dangereux et infidèle; les méthodes qui ont pour but la destruction de la tumeur, excision, cautérisation, donnent de bons résultats, mais sont rarement applicables. Aussi paraît-il indiqué de préconiser les méthodes mixtes. « On peut combiner l'arrêt de la circulation avec la destruction de la tumeur, comme le propose HÉMIE, ou bien utiliser la ligature pour faciliter la pratique des injections coagulantes, comme l'ont fait BROCA, DEMARQUAY et FAUVEL (du Havre) » (F. TERRIER).

2^o VARICES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Bibliographie. — FOURNOT, Th. de Paris, 1879. — H. PETIT, *Union méd.*, 5^e série, t. XXIX, 1880. — CHAMPOMMIER, Th. de Paris, 1882. — H. BOUSQUET, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885.

Les varices du membre supérieur sont exceptionnelles; H. PETIT, dans un travail consciencieux, a pu en réunir douze (12) observations, auxquelles nous ajouterons deux faits nouveaux, l'un rapporté dans la thèse de CHAMPOMMIER, l'autre présenté récemment par l'un de nous à la Société de chirurgie.

Sur onze (11) cas où l'étiologie de ces tumeurs se trouve indiquée dans le mémoire de PETIT, nous trouvons que sept fois les varices remontaient à la naissance, trois fois seulement elles étaient consécutives à un traumatisme; le malade de GUYON (Thèse de CHAMPOMMIER) avait vu son infirmité se développer à la suite d'une fracture de la clavicule; le jeune homme conduit par BOUSQUET

à la Société de chirurgie était très affirmatif sur l'origine congénitale de son mal.

Dans la majorité des circonstances un seul des membres supérieurs était intéressé, le droit plus fréquemment que le gauche.

Les varices spontanées ont une tendance manifeste à s'accroître progressivement, surtout après la puberté, et à envahir les tissus profonds y compris les muscles; il en résulterait une impotence fonctionnelle par affaiblissement de la force musculaire.

Tantôt les dilatations veineuses se limitent à la main ou à l'avant-bras, plus souvent elles envahissent la totalité du membre; chez le malade de BOUSQUET elles se prolongeaient sous le sein et en arrière de l'omoplate.

Aucun cas de mort n'a été constaté, mais si elles ne compromettent pas la vie, ces varices constituent une infirmité des plus gênantes.

La plupart des chirurgiens se sont bornés à exercer une compression modérée à l'aide d'un brassard lacé en peau de chien ou en tissu élastique; les injections de chloral paraissent avoir donné des résultats momentanés à BAÏARDI et VERNEUIL; on pourrait encore essayer les injections de chlorure de fer plus ou moins concentré.