

tion a débuté. A une certaine période, tous les points de l'article réagissent à la pression, montrant que toute l'articulation est envahie.

2° L'arthrite est arrivée à suppuration; elle porte des fistules. — Ici le diagnostic s'impose; *ostéomyélite des os du coude* est la seule maladie qui pourrait déterminer de la suppuration profonde avec trajets fistuleux voisins de l'articulation; mais les manifestations ostéomyélitiques sont très rares au coude; car ce n'est pas de ce côté que se trouvent placées les épiphyses fertiles. De plus la direction des trajets fistuleux montrera dans le cas d'ostéomyélite que le pus vient d'au-dessus ou d'au-dessous de l'article et pas de l'article lui-même. S'il y a arthrite, c'est encore une arthrite de voisinage qui devient rarement purulente et qui ne présente pas les caractères de l'arthrite fongueuse bacillaire.

En présence d'une arthrite spontanée avec trajets fistuleux, ou même d'une arthrite sans fistules dans laquelle on a découvert la présence du pus, on peut faire presque avec certitude le diagnostic d'*ostéoarthrite ou de tumeur blanche du coude*.

Quand cette tumeur blanche est suppurée et fistuleuse, les dégâts osseux et ligamenteux sont tels qu'ils se produisent quelquefois une luxation pathologique; la tête du radius se luxé en arrière. Il faudra donc, dans les ostéoarthrites tuberculeuses arrivées à une période avancée, rechercher si l'appareil ligamenteux est encore solide, ce qu'on reconnaîtra à l'absence de mouvements de latéralité et à la position de la tête du radius qui est toujours à sa place.

DU POIGNET ET DE LA MAIN

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

L'étude anatomique des membres, devient d'autant plus compliquée qu'on se rapproche de leur extrémité; aussi ne donnerons-nous, pour le poignet et la main, que les notions qui nous semblent strictement nécessaires, pour le diagnostic des principales affections chirurgicales qu'on y rencontre.

Les *limites du poignet* sont tout à fait arbitraires; sans nous occuper de ce qu'ont écrit, à ce sujet, les auteurs classiques, nous dirons qu'il a pour limites: en haut, une ligne circulaire qui passe à deux travers de doigt au-dessus des apophyses styloïdes, en bas une autre ligne, également circulaire, qui passe par l'extrémité supérieure du premier métacarpien et par l'apophyse styloïde du cinquième; de cette façon, le squelette du poignet comprend l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras et tout le carpe. C'est là, nous semble-t-il, ce qu'on doit entendre par *poignet en clinique*; mais nous nous empressons de faire remarquer que, la deuxième rangée des os du carpe, du côté palmaire du poignet, se trouve faire partie intégrante du squelette de la main, car elle est recouverte par la partie supérieure des éminences thénar et hypothénar qui ont pour limite supérieure le talon de la main, c'est-à-dire, le relief que forment ces éminences au-dessus du plan antérieur de l'avant-bras.

Peu important, d'ailleurs, les limites précises du poignet et de la main, impossibles à donner, on le voit, puisque les deux régions empiètent l'une sur l'autre, cherchons à nous orienter sur le poignet tel que nous l'avons compris.

Les os de l'avant-bras présentent, chacun, à leur extrémité inférieure et sur le prolongement de leur bord externe (par

rapport à l'axe du segment du membre) une pointe osseuse

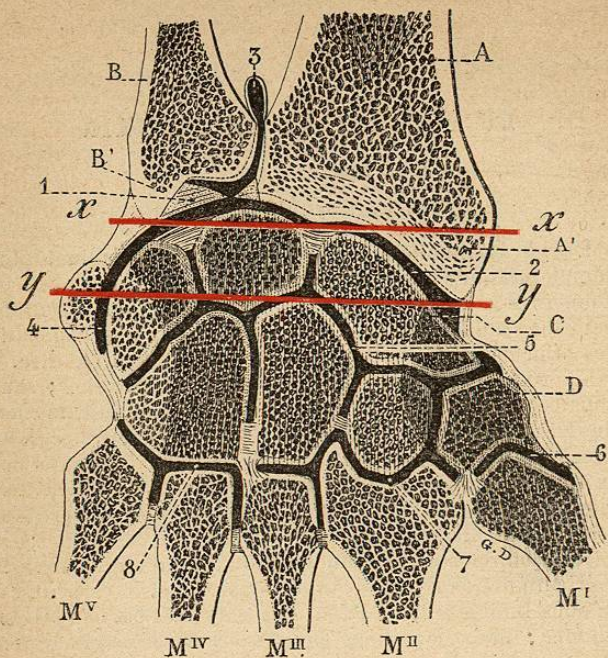


Fig. 38. — Synoviales du poignet et du métacarpe (d'après TESTUT).

A, extrémité inférieure du radius. — A', son apophyse styloïde. — B, extrémité inférieure du cubitus. — B', son apophyse styloïde. — C, scaphoïde. — D, trapèze. — M^I, M^V, les cinq métacarpiens. — 1, ligament triangulaire radio-cubital. — 2, synoviale radio-carpienne. — 3, synoviale radio-cubitale inférieure. — 4, synoviale pisi-pyramidale faisant suite à la synoviale radio-carpienne. — 5, synoviale médio-carpienne. — 6, synoviale trapézo-métacarpienne. — 7, synoviale carpo-métacarpienne externe. — 8, synoviale carpo-métacarpienne interne. — xx, ligne horizontale menée par l'extrémité inférieure de l'ap. styloïde du cubitus. — yy, ligne horizontale menée par l'extrémité de l'ap. styloïde du radius.

à laquelle on donne le nom d'*apophyse styloïde*. En l'absence

de gonflement, rien n'est plus facile que de reconnaître l'*apophyse styloïde du radius*. « Mettez le bout du doigt dans la tabatière anatomique, la main ayant un peu d'abduction, tournez l'ongle vers le radius et montez à la rencontre de son extrémité, votre ongle la reconnaîtra facilement. Aucune autre saillie ne peut vous tromper.

« On arrive à sentir l'extrémité du cubitus, soit en suivant l'os de haut en bas, soit en remontant avec l'ongle sur le bord du poignet. Il faut savoir que la rotation de la main modifie la situation relative de l'apophyse styloïde cubitale. Dans la supination la pointe du cubitus est en arrière près du radius, dans la pronation elle revient en avant presque au-dessus du pisiforme. » (Farabeuf. *Précis de manuel opératoire*, p. 305, 4^e édition.)

L'*apophyse styloïde radiale* descend, chez l'adulte, à 5, 6, 8 millimètres, plus bas que l'*apophyse styloïde cubitale*, fait très important à retenir, car, dans les fractures par pénétration de l'extrémité inférieure du radius, de beaucoup les plus fréquentes, l'apophyse styloïde radiale se trouve remontée sur le même plan que l'apophyse cubitale; ce signe, indiqué par Langier, suffit à lui seul, pour affirmer le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Si on réunit le sommet des deux apophyses styloïdes radiale et cubitale par une courbe à concavité inférieure, ayant un demi-centimètre de flèche, on détermine, d'une façon suffisamment précise, l'interligne articulaire du carpe avec les os de l'avant-bras.

En explorant la face dorsale du poignet, il est facile de reconnaître, par la palpation, que les deux os de l'avant-bras ont, au niveau de l'interligne articulaire radio-carpien, une largeur inégale; ils sont séparés, l'un de l'autre, par une dépression qui correspond à l'union des $\frac{3}{4}$ externes avec le $\frac{1}{4}$ interne de la face postérieure du membre. En dedans de cette dépression, se trouve une saillie arrondie qui porte le nom de *tête du cubitus*; en dehors, l'*extrémité inférieure du radius* beaucoup plus volumineuse. Il est à remarquer que l'articulation qui réunit le radius et le cubitus, à leur extrémité inférieure (articulation radio-cubitale inférieure), est quelquefois tellement lâche, que le cubitus joue facilement

sur le radius dans le sens antéro-postérieur, exécutant sur lui, de véritables mouvements de touche de piano.

Voilà pour le squelette anti-brachial.

La *carpe* est composé de huit os, disposés sur deux rangées. La plus élevée, *rangée antibrachiale*, comprend quatre os qui sont, en allant de dehors en dedans : le scaphoïde, le semi-lunaire, le pyramidal et le pisiforme ; la *rangée inférieure* est composée aussi de quatre os qui sont, en allant encore de dehors en dedans : le trapèze, le trapézoïde, le grand os et l'os crochu. On peut, par une palpation attentive, reconnaître certains d'entre eux.

Si on regarde le *poignet* par sa *face palmaire* (main en supination), on trouve, au niveau de l'extrémité supérieure de l'éminence thénar, à un travers de doigt en dedans et en avant de l'apophyse styloïde radiale, une saillie osseuse qui n'est autre que l'*apophyse du scaphoïde* ; à la partie supérieure de l'éminence hypothénar, à un travers de doigt encore, en avant de l'apophyse styloïde cubitale, une première saillie osseuse formée par le *pisiforme*, et, à un centimètre au-dessous d'elle, mais un peu plus rapprochée de l'axe de la main, une deuxième saillie beaucoup plus difficilement appréciable que la première, qui n'est autre que l'*apophyse unciforme de l'os crochu*.

Examinons, maintenant, la *face postérieure du poignet et de la main*. En suivant l'axe du troisième métacarpien, de bas en haut ; à 1 centimètre en arrière de la ligne qui réunit l'apophyse styloïde du cinquième métacarpien toujours reconnaissable avec l'extrémité supérieure du premier métacarpien, la main étant portée fortement dans l'extension, on trouve un creux, une dépression, qui correspond au *col du grand os*, et immédiatement au-dessus de ce col à 1 ou 2 millimètres plus haut, on rencontre la partie la plus élevée de l'articulation qui réunit, entre elles les deux rangées, des os du carpe. Et cette articulation dite médio-carpienne peut être déterminée elle-même de la façon que voici : « Recherchez le pli cutané inférieur du poignet, celui qui en avant répond au talon de la main, ce pli existe constamment et est très prononcé. C'est le seul qui ait quelque importance, à l'encontre de ceux qui se trouvent au-dessus de lui. Réunis-

sez ses deux extrémités sur la face dorsale du poignet, la ligne passe, exactement, sur le col du grand os. Mettez le doigt sur cette ligne : vis-à-vis du trajet du troisième métacarpien, vous sentirez une dépression qui correspond à ce col, et au-dessus, une saillie contre laquelle butera votre doigt. La saillie appartient au scaphoïde et au semi-lunaire. » (Tillaux, *Anat. Top.*)

On peut encore explorer, assez facilement, le trapèze, ou tout au moins, rechercher sur lui un point douloureux, en se rappelant qu'il forme le fond de la tabatière anatomique.

Tels sont les points osseux que la palpation du poignet permet de reconnaître ; mais ils ne sont guère accessibles quand il existe, en cette région, du gonflement, et c'est ce qui arrive presque toujours ; aussi est-ce le cas de *comparer le poignet sain avec le poignet malade*, et en reportant sur ce dernier, les constatations faites sur le premier, on pourra arriver à quelques présomptions sur la localisation de l'affection en présence de laquelle on se trouve.

L'*interligne carpo-métacarpien*, répond à la ligne qui réunit l'apophyse styloïde du cinquième métacarpien à l'extrémité supérieure du premier ; cette dernière peut être assez facilement reconnue lorsqu'on la saisit entre les doigts, grâce aux mouvements assez étendus, dans le sens latéral, qu'elle exécute sur le trapèze.

La disposition des *synoviales articulaires du poignet* est utile à connaître au point de vue de l'étude des arthrites qu'on y rencontre fréquemment. Leur multiplicité explique la fréquence des kystes synoviaux articulaires qu'on y rencontre. La figure 38 en donnera une idée plus exacte que la meilleure des descriptions.

Ce qui complique l'étude des affections chirurgicales du poignet, c'est la présence des *gainés synoviales* destinées au passage de nombreux tendons qui, par rapport aux articulations du poignet, jouent le rôle de véritables ligaments actifs. (V. fig. 39 et 40.)

Sur la *face dorsale du poignet* on rencontre, en allant de dedans en dehors, du petit doigt vers le pouce : 1° un canal ostéo-fibreux, creusé sur le cubitus, et qui loge le tendon du muscle cubital postérieur ; 2° un canal fibreux creusé dans

l'épaisseur de l'aponévrose et qui contient le tendon de l'extenseur propre du petit doigt; 3° un autre canal ostéo-fibreux, large, creusé sur le radius et destiné au passage des tendons de l'extenseur commun des doigts et de l'extenseur propre de l'index. Chacun de ces canaux est tapissé par une synoviale plus ou moins développée, haute de 4 à 6 centimètres, dont l'inflammation est d'ailleurs rare. (V. fig. 39.)

A la *région externe* se trouvent, en allant de dedans en dehors, les tendons radiaux situés eux-mêmes en dehors des tendons de l'extenseur commun et de l'extenseur propre de l'index; par leurs insertions inférieures ils appartiennent plutôt à la région postérieure du poignet (voir fig. 39) puisqu'ils viennent s'insérer, le premier radial à la base du deuxième métacarpien, et le second, à la base du troisième. Quoi qu'il en soit, ces tendons passent dans une gouttière creusée sur le radius, complétée par l'aponévrose et qui, elle aussi, possède une synoviale distincte. Les muscles radiaux sont croisés par les muscles qui vont au pouce; il est facile de reconnaître les tendons de ces derniers en portant le pouce dans l'abduction, et on distingue alors une première corde fibreuse plus rapprochée de l'axe de l'avant-bras, c'est le tendon du long extenseur du pouce, puis plus en dehors, une deuxième corde fibreuse formée par les tendons du long abducteur et du court extenseur du même doigt; ces tendons divergent par en haut, se rapprochent en bas et limitent ainsi un espace triangulaire qui n'est autre que la *tabatière anatomique*. Or le tendon du long extenseur a une gouttière et une synoviale spéciales, ceux du long abducteur et du court extenseur ont une gouttière et une synoviale communes.

Le segment supérieur ou antibrachial des tendons radiaux est croisé par le long abducteur et le court extenseur du pouce; or, il existe, entre ces deux groupes musculaires, une *séreuse*, gaine synoviale pour les uns, gaine supérieure des radiaux (Larger), bourse synoviale pour les autres (Debierre, Rochet) et la connaissance de cette séreuse a quelque importance, car, c'est elle qui est le siège presque exclusif de l'*aï crépissant du poignet*, ainsi que nous l'avons souvent vérifié.

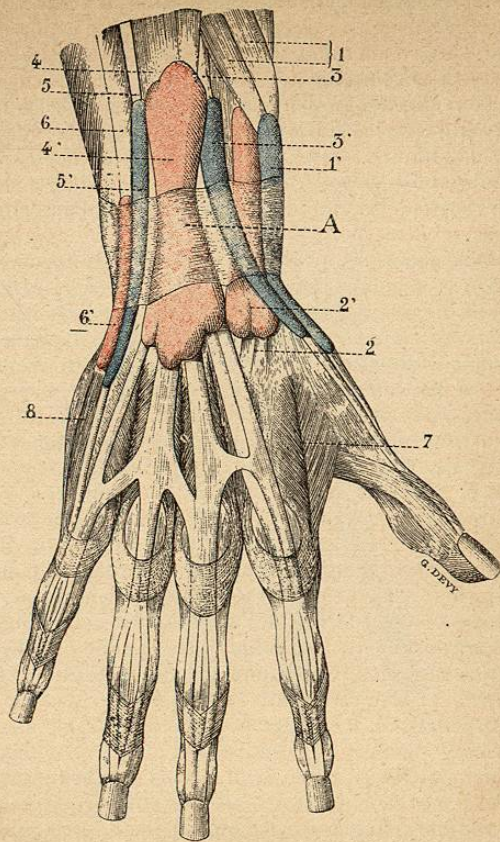


Fig. 39. — Gaines synoviales de la main (face dorsale).

1, long abducteur et court extenseur du pouce. — 1', leur gaine. — 2, tendons des radiaux. — 2', leur gaine. — 3, long extenseur du pouce. — 3', sa gaine. — 4, extenseur commun. — 4', sa gaine. — 5, extenseur propre du petit doigt. — 5', sa gaine. — 6, cubital postérieur. — 6', sa gaine. — 7, premier interosseus dorsal. — 8, muscles de l'éminence hypothénar. — A, ligament annulaire.

Mais, toutes ces gaines synoviales sont loin d'avoir l'importance de celles qu'on rencontre à la région antérieure du poignet. L'une d'elles mérite simplement d'être signalée, c'est la gaine du grand palmaire, située à la partie externe, du canal radio-carpien destiné aux tendons des muscles fléchisseurs; cette gaine synoviale du grand palmaire double un canal ostéo-fibreux constitué, en arrière et en dehors, par le scaphoïde et le trapèze, en avant et en dedans, par une cloison fibreuse qui émane du ligament annulaire antérieur du carpe.

Les deux gaines synoviales qui sont ici d'une haute importance sont : la *gaine synoviale digito-carpienne externe* ou *gaine radiale*, et la *gaine synoviale digito-carpienne interne* ou *gaine cubitale*, communes au poignet et à la main.

La *gaine radiale*, entoure le tendon du long fléchisseur propre du pouce, elle commence à la base de la deuxième phalange, et se termine en cul-de-sac, à deux travers de doigt environ, au-dessus du bord supérieur du ligament annulaire antérieur du carpe, soit de l'apophyse du scaphoïde sur laquelle ce ligament s'insère en haut et en dehors.

La *gaine cubitale* naît au niveau de la base de la troisième phalange du petit doigt et entoure les deux tendons fléchisseurs qui lui sont destinés; puis, en abordant la paume de la main, elle s'élargit considérablement en dehors; et tandis que son côté interne suit les tendons du petit doigt, elle revêt successivement, en dehors, les tendons fléchisseurs superficiels et profonds de l'annulaire, du médius, de l'index. Cette gaine se rétrécit ensuite, pour pénétrer dans le canal radio-carpien dont elle occupe la partie interne, et se termine en cul-de-sac, comme la gaine radiale, au-dessus du ligament annulaire antérieur, mais à un niveau un peu supérieur. Les deux synoviales radiale et cubitale sont adossées dans le canal radio-carpien, elles ne communiquent en ce point que rarement ensemble, une fois sur soixante, d'après Gosselin.

Elles sont en somme digitales, palmaires et carpiennes. Il y a bien des synoviales pour l'annulaire, le médius et l'index, mais elles sont indépendantes des grandes gaines. Il faut savoir, cependant, que la synoviale du petit doigt peut être indépendante de la gaine cubitale, que celle de l'annulaire,

en général isolée, peut communiquer avec cette gaine digito-

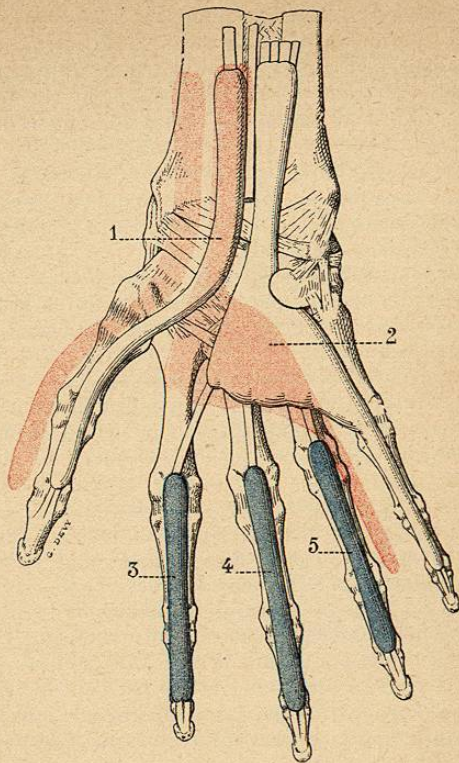


Fig. 40. — Synoviales palmaires (Schématique).
(Disposition normale.)

1, synoviale du long fléchisseur du pouce ou gaine radiale. — 2, synoviale des fléchisseurs communs ou gaine cubitale. — 3, synoviale de l'index. — 4, synoviale du médius. — 5, synoviale de l'annulaire.

carpienne interne, qu'il peut enfin y avoir, quoique très

rarement, entre les deux grandes gaines, une synoviale sur-numéraire destinée, soit au tendon fléchisseur superficiel, soit au tendon fléchisseur profond de l'index.

Il nous a paru indispensable de rappeler ces notions anatomiques qui expliquent la propagation si fréquente des inflammations (panaris) du petit doigt et du pouce au poignet et qui font prévoir la symptomatologie des synovites, en particulier des synovites tuberculeuses ; surtout celles à grains riziformes (bien nettement classables, aujourd'hui, dans les affections tuberculeuses) qui ont une prédilection, toute particulière, pour les deux grandes gaines synoviales radiale et cubitale.

Nous ne saurions insister sur la disposition des *vaisseaux sanguins* et des *cordons nerveux* du poignet et de la main, dont on trouvera une description, bien faite, dans tous les ouvrages classiques.

Nous rappellerons seulement que le sommet de l'*arcade palmaire superficielle* (voir fig. 41) répond à une ligne transversale allant de la commissure du pouce au bord cubital de la main ; d'où cette conclusion que quand on doit pratiquer une incision dans la paume de la main, il faut commencer par chercher cette ligne et enfoncer le bistouri au-dessus ou au-dessous d'elle, et que cette incision devra toujours être verticale, c'est-à-dire dirigée dans le sens des branches collatérales et nerveuses et des tendons (Tillaux). Rappelons que dans les plaies si fréquentes de l'arcade palmaire superficielle, il faut pour réprimer sûrement l'hémorragie, lier les deux bouts dans la plaie. Le meilleur procédé pour découvrir l'arcade divisée est de faire une incision qui, comprenant l'aponévrose palmaire superficielle sous laquelle elle est située, soit la bissectrice du V formé à la paume de la main par les deux plis cutanés palmaires supérieurs, c'est-à-dire celui qui correspond au mouvement d'opposition du pouce avec le petit doigt (le plus élevé) et le pli moyen qui répond par son extrémité inférieure à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et s'accuse, surtout, dans le mouvement qui a pour but de fléchir ce doigt vers la paume de la main ; ce pli ne doit pas être confondu, avec un troisième sillon cutané, plus inférieur que le moyen, plus rap-

proché de la racine des doigts et qui, correspondant aux articulations métacarpo-phalangiennes des trois derniers doigts, s'accuse aussi dans la flexion de ces doigts (voir fig. 41).

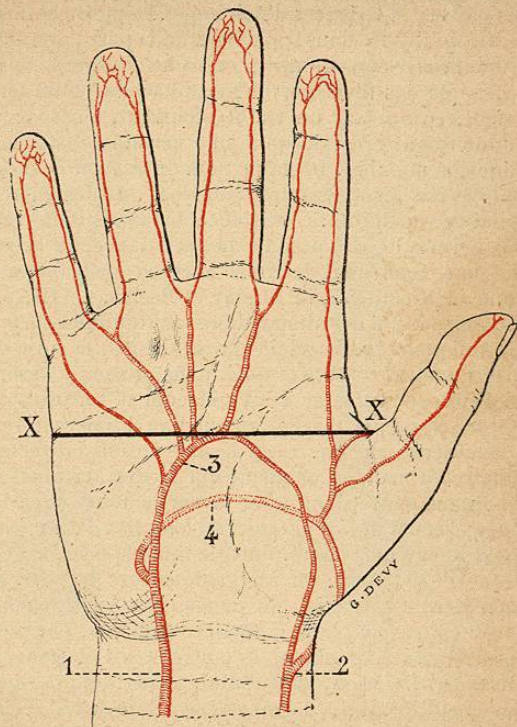


Fig. 41. — XX, ligne de Tillaux.

1, artère cubitale. — 2, artère radiale. — 3, arcade palmaire superficielle.
4, arcade palmaire profonde.

En ce qui concerne les *nerfs du poignet et de la main*, nous rappellerons que les plaies les plus fréquemment obser-

vées sont celles du médian et du cubital, et qu'ici, il n'est pas rare de voir la sensibilité persister dans les points où elle devrait être abolie, si l'on ne s'en tenait qu'à la distribution anatomique du nerf. Ces faits sont aujourd'hui bien expliqués par les expériences d'Arloing et Tripier, ces auteurs ont montré qu'il y a « dans l'épaisseur de la peau, non seulement, de nombreuses anastomoses entre les différents nerfs, mais encore que des filets nerveux se détachant d'un nerf s'accrocheraient, en suivant un trajet récurrent, au tronc voisin et remonteraient ainsi jusqu'à une certaine distance vers la racine du membre. De là le nom de *sensibilité récurrente*, employé par les auteurs précédents, pour désigner ce mode spécial de sensibilité. L'existence de la sensibilité récurrente nous permet de comprendre la persistance de la sensibilité dans une zone dont le tronc nerveux principal a été sectionné ». (Kirmisson, in Duplay et Reclus, t. VIII, p. 703.)

Et puis, il y a des dispositions anatomiques peu connues qui expliquent aussi certains faits. Ainsi « à la suite des plaies du nerf médian on trouve noté, dans plusieurs observations, que l'éminence thénar avait conservé sa sensibilité. Or l'anatomie classique réserve au médian l'innervation entière de l'éminence thénar. C'est là une notion inexacte, le filet palmaire du médian, de même que le filet terminal du musculo-cutané se perdent dans la partie toute supérieure du thénar; c'est le *radial qui, par un long filet thénarien*, émane de sa branche antérieure, innerve toute la peau de l'éminence externe de la main. On a signalé encore la persistance du mouvement d'abduction du pouce, une fois le médian sectionné; cette apparente anomalie s'explique, par ce fait, que le muscle court abducteur du pouce reçoit plusieurs filets de la branche antérieure du radial, déjà indiqués par Vogt, Gasper et Etrold ». (Lejars. *Exposé de titres scientifiques pour l'agrégation*. Paris, Steinhel, 1892, p. 16.)

Nous donnons d'ailleurs, ici, une figure destinée à rappeler l'innervation cutanée des faces antérieure et postérieure du membre supérieur et qui, nous semble-t-il, pourra rendre quelques services au clinicien qui n'aurait pas le temps de consulter les ouvrages classiques.

Les plaies des doigts, de la main, sont très fréquentes, et

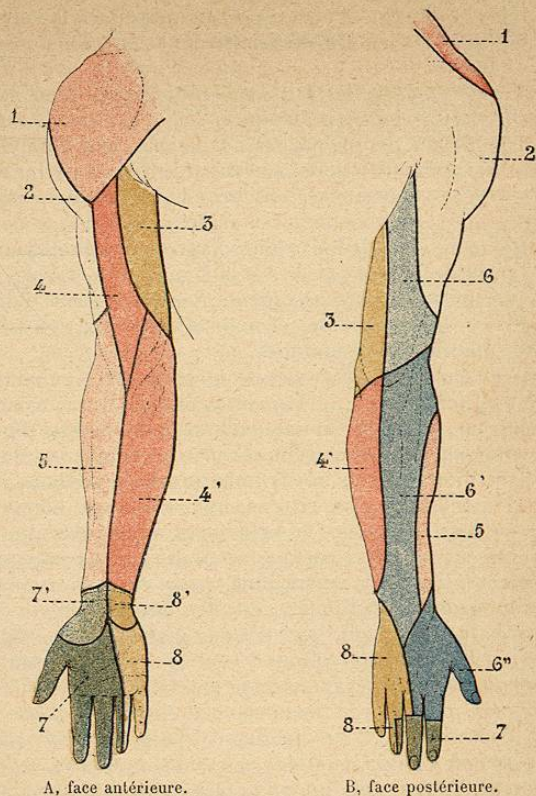


Fig. 42 et 43. — Territoires des nerfs cutanés du membre supérieur vu, A, par sa face antérieure, B, par sa face postérieure (d'après Testut).

1, rameaux du plexus cervical. — 2, nerf circonflexe ou axillaire. — 3, accessoire du brachial cutané interne. — 4, 4', brachial cutané interne. — 5, musculo-cutané. — 6, 6', 6'', radial. — 7, médian, avec 7' son rameau cutané palmaire. — 8, cubital, avec 8', son rameau cutané palmaire.

(Le territoire du filet thénarien du radial n'est pas représenté voir le texte.)

l'extrême richesse de leur réseau lymphatique explique suffisamment les complications inflammatoires si nombreuses qui les suivent.

Les *lymphatiques* de la main et du poignet sont les uns superficiels, les autres profonds.

Les vaisseaux lymphatiques des doigts, nés d'un réseau cutané extrêmement riche, suivent le trajet des artères collatérales de ces appendices, puis, arrivés au niveau des espaces interdigitaux, ils s'inclinent en arrière, vers la face dorsale du métacarpe, où ils reçoivent d'autres lymphatiques nés de la peau de la face dorsale de la main, et se partagent en deux groupes qui accompagnent, l'un les veines radiales, l'autre les veines cubitales. Tous ces vaisseaux sont superficiels cutanés et sous-cutanés.

Les vaisseaux lymphatiques de la paume de la main sont aussi très nombreux ; ils donnent naissance à des troncules dont les uns, inférieurs et descendants, vont se jeter dans les lymphatiques des espaces interdigitaux venus des doigts, les autres, internes, vont aux lymphatiques qui accompagnent les veines cubitales, les externes aux vaisseaux blancs qui suivent le trajet du pouce ; les supérieurs, ascendants, donnent enfin naissance à trois ou quatre troncs qui accompagnent la veine médiane de l'avant-bras, mais ce qu'il est important de savoir en clinique, c'est que des téguments de la paume de la main vient un gros tronc central, qui prend son origine, « par plusieurs grosses racines qui traversent les téguments, ainsi que l'aponévrose palmaire moyenne et qui convergent, ensuite, de dedans en dehors, en cheminant entre l'aponévrose et les tendons fléchisseurs des doigts. Parvenues au-dessous de l'adducteur du pouce, ces racines se réunissent, constituent un gros tronc qui contourne alors le bord externe de la main et qui monte sur la face dorsale du premier espace interosseux, où il s'anastomose avec les lymphatiques du pouce et de l'index, en poursuivant son trajet ascendant. » (Sappey. *Tr. anat. descript.*, t. II, p. 873.) Nous avons tenu à rappeler ces dispositions, qui expliquent bien la grande fréquence des *abcès lymphangitiques* qu'on rencontre dans le premier espace interdigital, dans la large commissure qui réunit le pouce à

l'index, à la suite des inflammations affectant ces doigts et la paume de la main. Le pus est ici profond, et pour l'évacuer, il faut passer entre le premier interosseux dorsal et le muscle adducteur du pouce.

Les lymphatiques profonds accompagnent les artères (arcades palmaires superficielle et profonde, artères radiale cubitale, interosseuses antérieure et postérieure). Nous insistons surtout sur l'existence des vaisseaux lymphatiques radiaux et cubitaux, en rapports intimes avec les gaines synoviales radiale et cubitale des fléchisseurs de la main précédemment décrites. L'inflammation de ces vaisseaux profonds, donne lieu à une variété d'abcès lymphangitiques bien étudiées par Dolbeau et son élève Chevalet. Ces abcès sont voisins des gaines synoviales, ils seraient d'après les auteurs que nous venons de citer, la règle dans les inflammations de la main propagées au poignet, le phlegmon des gaines synoviales serait, au contraire, l'exception. C'est là une exagération, il existe un phlegmon des gaines synoviales aussi bien que des abcès lymphangitiques profonds, siégeant à côté d'elles.

Rappelons, en terminant, que dans toutes les inflammations de la main, il faut examiner soigneusement les ganglions épitrochléens et ceux de l'aisselle ; que quelques-uns des lymphatiques superficiels internes (cubitaires) de la main et du poignet se jettent dans les premiers, tandis que tous les autres lymphatiques superficiels et profonds vont à ceux de l'aisselle. (Voir à ce sujet l'*Anatomie clinique de l'aisselle*.)

Les différents plans qui entrent dans la structure de la paume de la main méritent d'arrêter, un moment, l'attention du clinicien. La peau est souvent le siège de durillons ou épaissements épidermiques, sous lesquels se développent de véritables bourses séreuses qui, en s'enflammant, donnent lieu à une variété de phlegmon superficiel dit ampullaire ou phlycténoïde, ou vulgairement *durillon forcé*. Si le pus ne peut perforer l'épiderme, il ulcère le derme, l'abcès sous-épidermique devient en même temps sous-cutané et on se trouve alors en présence de l'abcès de la main dit, par Velpeau, *abcès en bouton de chemise*

Le tissu cellulaire sous-cutané peut s'enflammer primiti-

vement ; on est en présence d'un phlegmon sous-cutané ; par suite de l'adhérence de la face profonde du derme à l'aponévrose, il est rare qu'un phlegmon sous-cutané de la paume de la main se propage aux éminences thénar et hypothénar et vice versa ; de même, au niveau du talon de la main, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose sont si intimement confondus, que les phlegmons et abcès sous-cutanés de la région palmaire n'ont aucune tendance à se propager du côté de l'avant-bras. Le tissu cellulaire sous-cutané de la face palmaire de la main se continue, au niveau des espaces interdigitaux, avec celui de la face dorsale, aussi le pus des phlegmons sous-cutanés, a-t-il de la tendance à envahir le dos de la main ; ce même tissu cellulaire communie avec le tissu cellulaire profond, sous-aponévrotique, au niveau des interstices qui séparent les digitations de l'aponévrose palmaire moyenne ; aussi, un phlegmon sous-cutané, peut-il être suivi d'un phlegmon profond.

L'*aponévrose palmaire* est assez souvent le siège d'une *rétraction* qu'il est facile de reconnaître. Sous elle se trouve une couche abondante de tissu cellulo-graisseux qui s'enfonce dans le canal carpien ; cette couche peut être le siège d'un phlegmon profond de la main, dit phlegmon du tissu cellulaire sous-aponévrotique, qui se distingue par quelques particularités, ainsi que nous le verrons plus tard, d'une autre variété de phlegmon profond à laquelle nous avons déjà fait allusion, nous voulons parler du phlegmon des gaines synoviales.

L'étude de la *portion digitale de la main* ne saurait nous arrêter longtemps. Nous avons déjà parlé, plus haut, de la disposition des gaines synoviales qui accompagnent les tendons qui les fléchissent ; nous avons dit un mot de la richesse de leur réseau lymphatique, nos figures montrent leur innervation précise ; nous ajouterons qu'ils sont, en réalité, plus longs qu'ils le paraissent et que, leurs articulations métacarpo-phalangienne, et phalangino-phalangettienne ne correspondent point aux plis cutanés qui répondent à leur face palmaire ; le pli digito-palmaire est situé à 12 ou 15 millimètres au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne, le pli qui se trouve entre la phalangette et la phalangine se trouve

de 3 à 6 millimètres au-dessus de l'articulation correspondante. Quant à l'articulation de la grande phalange et de la moyenne, articulation phalango-phalangienne, elle correspond à peu près au pli cutané palmaire. Il nous a paru bon de rappeler ces notions, afin de permettre au clinicien de distinguer une entorse de ces articulations d'une fracture des phalanges. Ces deux lésions se traduisent par des mouvements de latéralité, et il est souvent difficile de dire où ils se passent exactement.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

DU POIGNET,

DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Les lésions traumatiques fermées du poignet sont extrêmement fréquentes. Elles résultent, le plus souvent, de violences indirectes ; chutes sur la paume de la main, plus rarement sur sa face dorsale, mouvements exagérés de torsion de la main sur l'avant-bras, etc.

La lésion, de beaucoup la plus commune, est la *fracture de l'extrémité inférieure du radius*, fracture qui, comme chacun sait, siège de 6 à 24 millimètres (Dupuytren) au-dessus de l'interligne articulaire radio-carpien et qui, dans l'immense majorité des cas, s'accompagne de pénétration du fragment supérieur ou anti-brachial dans le fragment inférieur ou carpien. Aussi, le premier soin du chirurgien, doit-il être d'en rechercher les signes. Il doit, tout d'abord, reconnaître, par le palper, la *situation des apophyses styloïdes* ; si elles sont sur le même plan, si, en d'autres termes, l'apophyse styloïde radiale qui, normalement, se trouve à 6 millimètres environ au-dessous de l'apophyse styloïde cubitale, est remontée au niveau de cette dernière, on peut affirmer, d'après Laugier, qu'il s'agit d'une *fracture par pénétration de l'extrémité inférieure du radius*. D'ailleurs, le diagnostic est confirmé par la *déformation du poignet*, qui frappe tout d'abord le chirurgien ; d'aplatissement qu'il était d'avant en arrière, le *poignet* est devenu *cylindrique* et, de plus, il présente une déformation caractéristique dite *en dos de fourchette*, due à la pénétra-