

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-

tion des fragments ; la main tout entière se trouve reportée sur un plan un peu postérieur au plan de l'avant-bras, mais lui reste à peu près parallèle. Les faces dorsale et palmaire de la main ne sont plus dans le prolongement des faces correspondantes de l'avant-bras, mais en sont séparés par un plan incliné, concave du côté dorsal, convexe du côté palmaire.

Par suite, encore, de la pénétration des fragments, la main se trouve inclinée sur le bord radial de l'avant-bras. L'axe

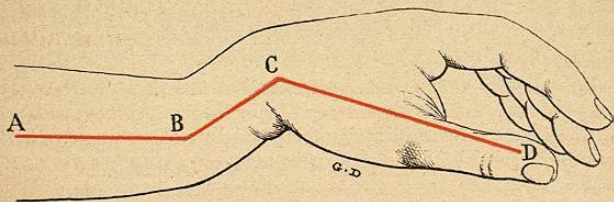


Fig. 44. — Déformation en dos de fourchette dans la fracture du radius avec pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur.

AB, ligne indiquant le plan du fragment supérieur du radius. — BC, ligne indiquant le plan du fragment inférieur. — CD, ligne indiquant le plan du carpe et du métacarpe.

de cet avant-bras et celui de la main, représenté par le troisième métacarpien, qui se correspondent à l'état normal, la main n'étant ni dans l'adduction ni dans l'abduction, ne sont plus, ici, sur une même ligne. Dans la fracture, l'axe de la main et celui de l'avant-bras représentent deux lignes à peu près parallèles, mais situées à une certaine distance l'une de l'autre, en les réunissant on obtient une ligne brisée qu'on a comparée à la lettre Z, comparaison assez inexacte d'ailleurs.

Le déjettement de la main, sur le bord radial de l'avant-bras, fait saillir la tête du cubitus, on doit toujours explorer l'apophyse styloïde de cet os qui se trouve parfois arraché, dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

La déformation en dos de fourchette est, comme l'ascen-

sion de l'apophyse styloïde radiale, regardée comme un signe pathognomonique qui suffit, à lui seul, pour affirmer la lésion que nous étudions en ce moment.

On trouve de plus, au niveau du trait de la fracture, soit de 6 à 24 millimètres au-dessus de la surface articulaire du radius, une *sensibilité exquise à la pression* ; c'est sur le bord externe et la face postérieure de l'os, qu'il faut exercer cette pression.

Quand on se trouve en présence d'adultes, c'est bien d'une fracture vraie qu'il s'agit, mais jusqu'à l'âge de dix-huit ou vingt ans, époque à laquelle l'épiphyse inférieure du radius se soude au corps de l'os, il s'agit en réalité de *décollements épiphysaires*.

La fracture de l'extrémité inférieure du radius peut ne pas s'accompagner de déplacement des fragments ; c'est ce qu'on voit surtout chez les vieillards et, alors, on ne trouve d'autre déformation que celle qui est due au gonflement. La douleur vive, produite par la pression au siège présumé de la fracture, est un signe qui doit éveiller l'attention du clinicien ; mais on peut toujours, d'après Malgaigne, affirmer le diagnostic si, après avoir placé le pouce en arrière du trait soupçonné et en cherchant à plier l'avant-bras dans ce point, on parvient à lui faire figurer un angle saillant à la face palmaire. En agissant de même sur le poignet sain, on ne parvient pas à constituer cet angle et, dès lors, le doute n'est plus permis. C'est dans ces fractures qu'on obtient quelquefois la crépitation, toujours absente quand il y a pénétration.

Quelle que soit la variété de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, l'articulation radio-cubitale inférieure est toujours plus ou moins tirillée, entorsée ; aussi, y trouve-t-on de la douleur. Par contre, les mouvements provoqués de l'articulation radio-carpienne sont fort peu douloureux, et c'est un excellent signe, pour distinguer la fracture de l'extrémité inférieure du radius de l'entorse du poignet.

Quand on prononce le mot d'entorse du poignet, presque toujours on ne songe qu'à l'articulation radio-carpienne ; or, les articulations du poignet, en particulier la radio-carpienne et la médio-carpienne, sont solidaires les unes des autres.

Bien que les auteurs qui se sont occupés de la physiologie de ces articulations ne soient pas arrivés à des résultats identiques, il n'en paraît pas moins établi que les mouvements de flexion (flexion palmaire des Allemands) et d'extension (flexion dorsale des Allemands) commencent dans l'articulation radio-carpienne et s'achèvent dans la médio-carpienne, qu'il en est de même pour les mouvements d'inclinaison latérale plus étendus cependant, dans l'articulation médio-carpienne que dans la radio-carpienne (Poirier); que toutes les articulations du poignet prennent part aux mouvements de rotation, mais qu'ils sont surtout manifestes dans l'articulation radio-carpienne; qu'enfin les mouvements partiels de glissement des os d'une rangée carpienne les uns sur les autres, se produisent dans tous les mouvements d'ensemble du poignet. Nous avons tenu à rappeler ces données physiologiques pour bien montrer que les entorses graves du poignet ne sauraient être localisées exclusivement à tel ou tel point de cette région; selon la direction de la violence, il y a une articulation surtout atteinte, mais les autres doivent être soigneusement explorées.

Si, en examinant un poignet récemment traumatisé, on ne trouve aucun des signes de la fracture du radius, pas de déformation en rapport avec les luxations, rares d'ailleurs, du carpe, on conclut à l'entorse, c'est par exclusion que se fait le diagnostic. La douleur au niveau des ligaments latéraux et des interlignes articulaires que nous avons appris à connaître (voir *Anatomie clinique*), mettra sur la voie du diagnostic. L'entorse du poignet ne va guère sans lésion des gaines périarticulaires; il s'y fait des épanchements sanguins et parfois des ruptures qui se traduisent, alors, par la saillie des tendons extenseurs herniés au dehors de leurs canaux ostéofibro-synoviaux.

Nous ne faisons que signaler les *fractures des os du carpe* qu'on observe surtout dans les cas de plaies par armes à feu ou de chute d'un corps pesant sur le poignet. On a vu la fracture du scaphoïde, celle du grand os, compliquer les luxations du poignet et il n'existe que de rares faits de fracture isolée des os du carpe; les cas connus se rapportent encore au scaphoïde et au grand os. Le gonflement qui

accompagne ces lésions ne permet pas, en général, d'en faire le diagnostic et à moins, ce qui est exceptionnel, qu'il n'y ait crépitation ou déplacement, on conclut à une entorse. Aussi, fera-t-on bien de penser à l'emploi des rayons X, des rayons de Röntgen. Tout récemment, nous avons pu ainsi reconnaître chez l'un de nos collègues des hôpitaux de Paris un écrasement ancien, du scaphoïde du trapèze et du trapézoïde, soudés ensemble, alors que le diagnostic porté, lors du traumatisme, avait été celui d'entorse du poignet.

Avant que Ponteau appelât l'attention sur la fracture de l'extrémité inférieure du radius, on considérait cette lésion comme une luxation du poignet. Or les *luxations du poignet* sont extrêmement rares.

On distingue deux variétés de luxation radio-carpienne ou du carpe sur l'avant-bras, la luxation en arrière plus fréquente que la luxation en avant, extrêmement rare.

La luxation radio-carpienne en arrière se reconnaît aux symptômes suivants :

La main, montée sur la face postérieure de l'avant-bras, est à peine fléchie, elle reste parallèle au plan de l'avant-bras; la première phalange des doigts, légèrement fléchis sur le métacarpe, est dans l'extension.

Du côté de la face dorsale du poignet, on constate par la vue et la palpation, une saillie formée par la première rangée des os du carpe, masquée d'ailleurs, en partie, par les tendons extenseurs; du côté de la face palmaire il y a une saillie des os de l'avant-bras; elle descend, à peu près, jusqu'au niveau du pli inférieur du poignet. Les apophyses styloïdes radiale et cubitale ont conservé leurs rapports normaux.

Quant à la luxation simple du carpe en avant, elle est tout à fait exceptionnelle et semble toujours s'accompagner d'une fracture du bord antérieur du radius; mais la luxation du carpe en avant accompagne, quelquefois, la fracture type de l'extrémité inférieure du radius et cette dernière variété de luxation, compliquée de fracture, est moins rare que la précédente.

Voici les symptômes de la luxation simple en avant :

« Le poignet est déformé : en avant on trouve une forte saillie constituée par le carpe, dont la palpation permet de

reconnaître la surface articulaire convexe, immédiatement en avant des os de l'avant-bras ; en arrière, est une autre saillie formée par les extrémités inférieures du radius et du cubitus. La main est dans l'extension, les doigts fléchis. La région carpo-métacarpienne est sensiblement raccourcie, tandis que les os de l'avant-bras ont conservé leur longueur normale. (Nélaton. *Traité chir.*, Reclus et Duplay, t. III, p. 185.)

Voici les symptômes de la *luxation radio-carpienne en avant, avec fracture type de l'extrémité inférieure du radius* :

« La main et les doigts sont fléchis et les tendons des muscles fléchisseurs se dessinent, comme des cordes, à la partie antérieure de l'avant-bras. La main est en pronation, la supination est limitée, l'extension et la flexion sont possibles, les mouvements de latéralité faciles. Ce qui est frappant, c'est la saillie considérable du carpe sur toute l'étendue de la face palmaire du poignet et celle de l'extrémité inférieure du cubitus sur sa face dorsale. » (Nélaton, *loc. cit.*) Bien entendu, les deux apophyses styloïdes sont sur une même ligne transversale, ce qui indique la fracture. Si la tête du cubitus fait une forte saillie sur la face dorsale du poignet, cela tient à ce que le fragment inférieur du radius s'étant déplacé en avant, la face postérieure de cet os forme un plan oblique de haut en bas qui rejoint, en pente plus ou moins douce, la seconde rangée des os du carpe (Nélaton). Si la fracture de l'extrémité inférieure du radius siège très bas, ou si le déplacement en avant est peu considérable, la face dorsale externe du poignet reste à peu près plane.

Les *luxations médio-carpiennes* ou de la deuxième rangée des os du carpe sur la première, sont encore plus rares que les luxations radio-carpiennes ; nous ne connaissons qu'un cas de luxation médio-carpienne en arrière ; il est dû à Maisonneuve, et trois seulement de luxation en avant ; nous ne signalons que pour mémoire les luxations carpo-métacarpiennes ou des métacarpiens sur la première rangée des os du carpe ; celle qui est le plus fréquemment observée, est la luxation du premier métacarpien sur le trapèze : on n'en décrit qu'une seule variété, c'est la luxation en arrière ; on connaît aussi quelques observations, très rares encore, de

luxations des quatre derniers métacarpiens sur le carpe ; elles portent soit sur un seul métacarpien, soit sur deux métacarpiens voisins, soit, en même temps, sur les quatre derniers métacarpiens, elles se font, soit en avant, soit en arrière et sont facilement reconnaissables à une forte saillie de l'extrémité supérieure des métacarpiens, dans un sens ou dans l'autre, selon la direction du déplacement. Ces dernières luxations s'accompagnent, fréquemment, de plaies des téguments, de fractures des métacarpiens.

Il n'est pas toujours facile de distinguer la luxation médio-carpienne en avant, de la luxation simultanée des quatre derniers métacarpiens dans le même sens, car la déformation est la même. Aussi, Perrin conseille-t-il de rechercher l'articulation du premier métacarpien avec le trapèze et de tirer, de ce point, une ligne transversale qui indique, d'une façon suffisamment exacte, l'interligne carpo-métacarpien ; l'interligne médio-carpien se trouve à une distance de 10 à 12 millimètres, au-dessus de cette ligne. Selon que la saillie osseuse sera située sur la ligne transversale ou au-dessus d'elle, on portera le diagnostic de luxation carpo-métacarpienne en avant, dans le premier cas, de luxation médio-carpienne en avant, dans le second.

Maïs, nous le répétons, toutes ces luxations sont tellement rares, qu'il n'y a guère à y songer dans la pratique ; nous n'avons eu qu'un but, celui d'appeler l'attention sur elles.

Les *métacarpiens sont assez rarement atteints de fractures*, nous ne parlons ici que des fractures fermées, car ils sont souvent intéressés dans les écrasements de la main qui, eux, sont fréquents. Le diagnostic, dans ce dernier cas est facile, il l'est encore dans les fractures fermées complètes ; ici le doigt correspondant au métacarpien fracturé plus ou moins recourbé en crochet, à peu près impotent, paraît raccourci ; on trouve souvent, sur le dos de la main, une saillie angulaire, qui disparaît plus ou moins complètement quand on vient à appuyer sur elle, et cette manœuvre permet de reconnaître la crépitation et la mobilité anormale ; si cette saillie n'existe pas, on peut encore trouver la crépitation et la mobilité en saisissant les deux fragments au-dessus et au-dessous du siège présumé de la fracture, et, en cherchant à leur imprimi-

mer des mouvements alternatifs d'arrière en avant et d'avant en arrière ; mais c'est là un moyen douloureux et qui peut produire un déplacement qui n'existait pas. Il est préférable de saisir, le doigt correspondant au métacarpien, à sa base, et de lui imprimer des mouvements de rotation sur son axe, on peut ainsi constater la crépitation et la mobilité anormale. On peut encore appuyer sur la tête du métacarpien au moyen du doigt correspondant, que l'on repousse, suivant son axe ; directement en haut ; si, en agissant ainsi, on provoque une douleur vive, en un point toujours le même du métacarpien, on a de grandes chances d'être dans le vrai, en affirmant qu'il y a là, un trait de fracture.

Tout ce que nous venons d'écrire se rapporte aux fractures complètes du corps des métacarpiens. Les fractures incomplètes n'ont d'autres signes que ceux de la contusion : elles ne sauraient être sûrement reconnues.

Certaines fractures siègent au niveau du col du métacarpien ; ici le fragment inférieur très court fait corps avec la première phalange et vient faire saillie dans la paume de la main, tandis que, sur la face dorsale, se trouve une autre saillie formée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur. « Il sera toujours facile de distinguer cette fracture d'une luxation du doigt en avant (luxation métacarpo-phalangienne) par la crépitation d'abord, puis par la différence du niveau de la saillie dorsale. Dans la luxation c'est la tête de l'os qui fait saillie et elle est sur le même niveau que les têtes voisines ; dans la fracture la saillie est à un niveau supérieur, ce qui laisse une dépression très marquée entre les têtes des deux os voisins. » (Malgaigne. *Tr. des fractures*, p. 628.)

Les fractures qui atteignent l'extrémité supérieure ou anti-brachiale des métacarpiens, ne sauraient être que soupçonnées par la douleur vive à la pression en un point fixe, en l'absence de la crépitation et de la mobilité anormales qu'on ne constate que rarement. Ces fractures sont d'ailleurs exceptionnelles.

Le diagnostic des *fractures fermées des phalanges* (c'est par ordre de fréquence la première, puis la seconde et enfin la troisième qui sont atteintes) ne présente pas de diffi-

cultés, quand il s'agit de solution de continuité portant sur la partie moyenne de la seconde ou de la première ; la crépitation, la mobilité anormale, parfois une déformation consistant soit en une saillie angulaire qui répond à la face dorsale du doigt, ou à l'un de ses côtés, soit en une torsion qui fait que la pulpe du doigt fracturé regarde celle de son voisin, ne permettent pas d'hésiter sur le diagnostic. Mais, pour les fractures des phalangettes et pour celles des deux premières phalanges, siégeant près de leurs extrémités articulaires, le diagnostic nous paraît beaucoup plus délicat. Il est quelquefois difficile, malgré les notions rappelées plus haut sur le siège exact des articulations des doigts, de rapporter la lésion à la fracture plutôt qu'à l'entorse, d'autant que quand l'un des ligaments d'une articulation phalangienne a été rompu, il y a de la mobilité anormale, et que les mouvements de latéralité imprimés à l'os, peuvent déterminer des frottements articulaires qui donnent un bruit qui ressemble à celui de la crépitation osseuse.

D'ailleurs, certaines *entorses des phalangettes*, ou, pour mieux dire, des articulations phalangino-phalangettiennes, entorses qui s'accompagnent de l'arrachement des deux languettes d'insertion phalangettienne du tendon extenseur, sont souvent compliquées de l'arrachement de la lamelle osseuse sur laquelle ces languettes prennent insertion et, chez les sujets âgés, d'une parcelle d'os souvent plus étendue. Il peut donc y avoir ou bien entorse simple avec arrachement des languettes tendineuses de l'extenseur, ou bien, à la fois, entorse et fracture. Quel que soit le degré de la lésion, le diagnostic est facile.

Immédiatement après l'accident, l'extension de la phalangette sur la phalange devient impossible, la phalangette reste fléchie à angle droit sur la phalange étendue. On peut redresser la phalangette, la mettre dans le prolongement de la phalange ; mais dès qu'on l'abandonne à elle-même, elle reprend sa position première.

Il y a, de plus, une douleur vive au niveau de l'extrémité supérieure de la phalangette et, quelquefois, une petite ecchymose en ce point : le gonflement est de règle.

Quant aux *entorses des articulations des métacarpiens*

avec les doigts et des premières phalanges avec les secondes, leurs symptômes sont ceux de toutes les entorses en général : douleur vive, gonflement au niveau de l'articulation lésée, limitation très prononcée des mouvements volontaires, mouvements passifs possibles, mais douloureux, mouvements anormaux d'un os sur l'autre, si l'un des ligaments a été rompu, etc. Si l'on observe le malade pendant quelque temps, le diagnostic est souvent confirmé par le gonflement, vers le douzième ou le quinzième jour, de l'une ou des deux épiphyses qui constituent l'articulation, par la présence de craquements articulaires qui indiquent que l'entorse a été suivie d'une arthrite qui parfois aboutit à l'ankylose, et plus rarement (Lagrange) a une atrophie des deux os qui s'articulent l'un avec l'autre, d'où une articulation flottante, un doigt de polichinelle.

Les luxations des quatre derniers doigts sur les métacarpiens, sont deux fois plus fréquentes, en arrière qu'en avant. Elles se reconnaissent aisément et nous n'y insistons pas. La luxation en avant, seule, pourrait être confondue avec la fracture du col du métacarpien; nous avons indiqué, il y a un instant, les signes, qui, d'après Malgaigne, permettent de différencier les deux affections.

La luxation du pouce sur son métacarpien se fait en arrière ou en avant, la luxation en arrière est de beaucoup la plus fréquente. Les signes diffèrent un peu selon qu'elle est incomplète ou complète.

Incomplète, elle se traduit par les symptômes suivants :

« Le pouce a la forme d'un Z mal fait, c'est-à-dire que le métacarpien et la phalangette font, avec la phalange, des angles obtus. La phalangette est donc fléchie, le métacarpien en opposition, la phalange redressée... Examine-t-on la jointure, on constate, en avant, la saillie métacarpienne formant une tumeur vague et profonde, masquée par le tendon fléchisseur, les fibres plus ou moins éraillées du muscle sésamoïdien externe, le ligament glénoïdien et ses osselets que l'on sent, en général, assez facilement avec l'ongle. On ne voit point de sinus notable entre la face palmaire de la phalange et les os sésamoïdes. La phalange, quelquefois légèrement inclinée en dedans, n'est jamais transportée ni dans

un sens, ni dans l'autre. Elle est peu mobile. La phalange étant rabattue, le pouce mesuré depuis le trapèze jusqu'à l'ongle ne présente point de raccourcissement. » (Nélaton, in Duplay et Reclus, t. III, p. 193.)

Dans la luxation complète : le pouce est en Z, la phalangette moins fléchie sur la phalange. Tête métacarpienne reconnue facilement sous la peau. Sinus accusé, entre cette tête et la face palmaire de la phalange qui est transportée en masse, vers l'index. Le pouce étant redressé, on fait frotter facilement l'extrémité articulaire de la phalange sur le dos du métacarpien; si on le rabat, on constate un raccourcissement notable du doigt, mesuré du trapèze à la racine de l'ongle, et une augmentation considérable du diamètre antéro-postérieur du doigt, dû au chevauchement de la phalange sur le métacarpien.

Quand, à la suite de manœuvres de réduction mal faites, la luxation est devenue irréductible, on dit qu'elle est complète. Toujours précédée par la luxation complète, premier point qui permet d'établir un diagnostic exact, elle diffère de cette dernière en ce que le pouce est devenu rectiligne et à peu près parallèle à l'axe du métacarpien; quand on redresse la phalange on constate qu'elle est séparée de la face dorsale du métacarpien par un corps dur, qui n'est autre, d'après Farabeuf, que l'os sésamoïde externe qui, retourné par les manœuvres de réduction, s'est interposé entre le métacarpien et la phalange.

La luxation du pouce en avant, très rare, est d'un diagnostic assez facile : la saillie de la tête métacarpienne sur la face dorsale de la main, une dépression profonde en avant d'elle, la saillie de l'extrémité supérieure de la phalange à la face palmaire, se reconnaissent aisément. Le pouce dans son ensemble est rectiligne, il est un peu fléchi sur le métacarpien, on l'étend difficilement, on le fléchit assez facilement; il subit, quelquefois, une rotation sur son axe qui fait que l'ongle regarde en dedans ou en dehors, on dit, dans le premier cas, qu'il s'agit d'une luxation en avant et en dedans; dans le second, d'une luxation en avant et en dehors.

Les luxations des phalangines sur les phalanges, celles des phalangettes sur les phalangines se font soit en arrière, soit

en avant, soit latéralement; elles ne sauraient être confondues qu'avec les fractures, un examen attentif suffit à les faire reconnaître.

Nous ne pouvons que signaler les *plaies* du poignet, de la main et des doigts qui sont extrêmement fréquentes. C'est ici surtout qu'il importe d'avoir bien présente à l'esprit l'anatomie de ces différentes régions. Cette remarque s'applique surtout aux plaies de la face antérieure du poignet et de la paume de la main, plaies qui, pour peu qu'elles soient étendues et profondes, intéressent simultanément les vaisseaux, les nerfs, les tendons. Aussi, faut-il avant de suturer les plaies, quand la chose paraît indiquée, s'enquérir minutieusement de l'état de la sensibilité et de la motilité dans les parties sous-jacentes, afin de réunir les nerfs ou les tendons dont la continuité est interrompue. Sans vouloir entrer, ici, dans la thérapeutique de ces blessures, il nous paraît bon de rappeler, qu'en présence d'une plaie infectée, on doit surseoir aux interventions réparatrices qu'elle demande, jusqu'à ce qu'une aseptie suffisante permette de les tenter avec succès, et qu'en face de lésions étendues qui semblent réclamer une exérèse immédiate, il faut encore savoir attendre, car, on voit souvent revivre des tissus qui, au premier abord, paraissaient condamnés à une élimination certaine.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DU POIGNET

Affections aiguës. — Au poignet comme au coude les affections aiguës sont, ou *périarticulaires*, ou *intraarticulaires*.

1° Les affections aiguës *périarticulaires*, se manifestent sous forme de phlegmons ou sous forme de synovites affectant les nombreuses gaines des tendons qui entourent l'article.

Les *phlegmons* du poignet ne nous arrêteront pas longtemps, car leur principal intérêt provient de ce qu'ils se développent la plupart du temps à la suite d'une infection ayant primitivement envahi la main. Ils seront donc étudiés avec cette dernière. Ils sont, du reste, faciles à diagnostiquer grâce aux signes (douleur, tumeur, chaleur) qu'ils présentent partout.

Les *synovites aiguës* demandent d'abord à être différenciées

des arthrites aiguës; car ces deux affections ont des caractères communs. Toutes deux, en effet, se manifestent par de la douleur dans les moindres mouvements et par une certaine immobilité du poignet, due à la sensibilité qu'éveille le moindre changement dans l'attitude de cette région. La douleur à la pression existe aussi dans les deux cas, de même qu'un gonflement notable, au niveau de l'articulation.

Mais dans l'*arthrite* il existe des douleurs spontanées qui sont plus rares dans la synovite. Si, de plus, en repoussant la main malade sur l'avant-bras, on appuie le carpe sur la surface articulaire radio-cubitale, il y aura des douleurs vives dans l'arthrite; tandis que, dans la *synovite*, cette manœuvre ne sera pas pénible pour le malade, si on a bien soin de laisser la main dans l'axe de l'avant-bras en évitant tout mouvement de flexion, d'extension, d'adduction ou d'abduction.

Dans l'arthrite tous les mouvements sont douloureux; dans la synovite il y en a toujours un de plus pénible que les autres, c'est celui qui met en jeu, en les étirant, les tendons dont les gaines sont prises, c'est-à-dire le mouvement qui est la conséquence de la contraction des muscles antagonistes.

Le siège de la lésion et de la douleur n'est pas non plus le même. Dans l'arthrite, c'est la ligne articulaire elle-même qui est le centre de la lésion; celle-ci, dans la synovite, est plutôt antibrachiale.

La gonflement, dans la synovite, est localisé aux gaines des tendons affectés, il limite donc et dessine même quelquefois, sous la peau, la forme de la synoviale envahie; dans l'arthrite, le gonflement fait le tour de l'articulation, il est souvent plus saillant sur un point que sur un autre, mais on le retrouve sur toute la circonférence du poignet.

D'après tous ces caractères on voit qu'il est facile de faire le diagnostic de la synovite et de la distinguer de l'arthrite.

Mais cela ne suffit pas: la synovite aiguë reconnue, il faut en rechercher la nature et distinguer ses différentes formes.

La *synovite sèche* se différenciera de la *synovite avec épanchement*, à ce que cette dernière présente une tuméfaction que la première ne présente pour ainsi dire pas. Ces deux

modalités cliniques peuvent, du reste, passer de l'une à l'autre.

Dans les synovites sèches, il existe deux variétés faciles à reconnaître l'une de l'autre : la synovite crépitante et la synovite plastique.

La *synovite crépitante* ou *à douleur* (cri douloureux) est ainsi appelée parce que le malade est censé pousser un petit cri quand on provoque un certain mouvement de son poignet. Le signe caractéristique de cette synovite est la crépitation qu'on obtient en embrassant avec une main la face dorsale de l'avant-bras malade au-dessus du poignet et en imprimant avec l'autre main des mouvements alternatifs de flexion et d'extension dans la région douloureuse. Cette crépitation est fine dite neigeuse ou amidonnée. (V. *Examen clinique*, p. 28.) Elle ne sera confondue ni avec la crépitation sanguine consécutive à un traumatisme, accompagnée d'ecchymose, et, qui s'effaçant sous les pressions répétées, ne donne pas la même sensation ; ni avec un emphysème sous-cutané qu'on ne rencontre du reste, pour ainsi dire pas dans cette région. On peut observer l'*à douleur* dans toutes les gaines du poignet, mais son siège le plus commun réside dans les organes séreux qui séparent les tendons des muscles radiaux des tendons du pouce.

La *synovite plastique* est rarement primitive, le plus souvent consécutive à l'*à douleur* ou à la synovite séreuse ; elle a pour caractère de ne présenter ni tuméfaction sur le trajet des gaines, ni douleur à la pression, mais une douleur vive au moindre mouvement et une gêne considérable dans le moindre changement d'attitude de la région. Si cette synovite plastique réside dans les tendons fléchisseurs, on voit petit à petit les doigts se mettre en griffe.

Les synovites séreuses ont presque toutes pour causes le rhumatisme ou la blennorrhagie.

La *synovite rhumatismale* se reconnaît au gonflement, à l'œdème de la région, à la coloration rosée ou rouge qu'on perçoit sur le trajet du tendon, à la douleur que provoque la moindre pression, ce qui faisait dire à Péter que le rhumatisme était à fleur de peau.

La *synovite blennorrhagique* a les mêmes caractères, mais

avec plus d'intensité et l'écoulement urétral ou vaginal est toujours là, pour renseigner le clinicien. De plus cette synovite s'accompagne le plus souvent d'arthrite, et nous y reviendrons à propos de cette dernière.

Quant aux *synovites suppurées*, elles ont des caractères tranchés que nous donnerons en étudiant les phlegmons de la paume de la main dont elles ne sont la plupart du temps que des complications.

2° Les *affections aiguës* ou *intra-articulaires*, *arthrites aiguës*, peuvent naître au poignet comme dans les autres articulations sous l'influence d'une maladie infectieuse ou d'un traumatisme violent de l'articulation inoculant la séreuse. Le tableau clinique est ici celui que nous avons retracé à propos de l'épaule, et le diagnostic se fait facilement en se reportant à la cause qui a déterminé la complication articulaire.

Dans les arthrites aiguës qu'on pourrait appeler plus spécialement spontanées, ce sont l'arthrite rhumatismale et l'arthrite blennorrhagique qui intéressent le clinicien.

L'*arthrite rhumatismale* du poignet se différenciera de l'*arthrite blennorrhagique* aux signes généraux que ces deux affections présentent partout : envahissement de plusieurs articulations, rapidité d'évolution, pas de tendance à l'ankylose, complications cardiaques dans l'*arthrite rhumatismale* ; fixation sur une seule articulation, évolution plus lente, tendance vers l'ankylose, présence d'un écoulement gonococcique dans l'*arthrite blennorrhagique*.

Mais au poignet nous trouvons des symptômes nouveaux qu'on ne rencontre ni au coude ni à l'épaule.

La tuméfaction est précoce et considérable. Quand on cherche dans toute la région œdématisée à saisir la peau entre les doigts et en l'éloignant des parties qu'elle recouvre à y déterminer un pli, on acquiert aussitôt la conviction que la tuméfaction, quelque accentuée qu'elle soit, est en grande partie le résultat de l'infiltration des tissus périarticulaires.

Les limites de cet œdème ne sont pas nettes, il s'étend sur la surface dorsale du poignet au-dessus de la partie moyenne du bras et se prolonge en bas jusqu'au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Cet œdème est assez dur, conserve en général nettement l'empreinte en godet du doigt explorateur. Au voisinage de l'interligne articulaire, la palpation peut même dans certains cas permettre de percevoir une fausse fluctuation et il existe des observations dans lesquelles des incisions ont été pratiquées, le médecin croyant avoir affaire à un phlegmon.

C'est que, dans ces arthrites aiguës blennorrhagiques, la coloration rosée, quelquefois rouge vif, que présentent les téguments, les symptômes généraux qui accompagnent le gonflement, sont bien faits pour donner le change. Aussi quand on se trouvera en présence de semblables manifestations, il faudra toujours songer à l'arthrite blennorrhagique et examiner les organes génitaux du patient.

Il faut savoir aussi qu'au poignet l'ankylose n'est pas la règle et que comme l'a décrit Duplay, surtout chez les malades qui n'ont pas été soumis à un traitement approprié, la désorganisation rapide des principaux éléments de la jointure constitue un des caractères les plus accentués de l'arthrite blennorrhagique aiguë. Aussi pendant les mouvements de flexion et d'extension communiqués peut-on percevoir des craquements articulaires et en exerçant des pressions sur la tête du cubitus avoir la sensation de la *touche* de piano et sentir des frottements cartilagineux, ce qui montre que l'articulation radio-cubitale a son appareil ligamenteux en grande partie désorganisé.

Affections chroniques. — On peut d'abord éliminer au poignet toutes les lésions de la peau et du tissu cellulaire (kystes sébacés, angiomes etc...) qui n'ont rien de particulier à cette région, de même que les maladies des vaisseaux et des nerfs.

Les affections des gaines synoviales périarticulaires et celles de l'articulation sont les seules intéressantes, et tout d'abord le clinicien devra se demander s'il a affaire à une lésion périarticulaire ou à une arthrite.

Il arrivera à cette notion en se rappelant ce que nous avons dit à propos des affections aiguës : dans la synovite chronique : le gonflement est localisé à un groupe de tendons

c'est-à-dire limité. Tous les mouvements du poignet ne sont pas douloureux ; le siège de la tuméfaction et de la douleur réside plus haut que l'articulation, se porte plutôt du côté de l'avant-bras ; la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre ne donne pas lieu à des élancements douloureux ; la tuméfaction est dans certains cas mobile sur le plan profond dans le sens latéral et non dans le sens longitudinal ; mais si on applique le doigt sur le relief formé par la synovite et si on commande un mouvement au malade on sent la tumeur progresser sous la peau, on peut même la voir remonter et descendre ; enfin la contraction musculaire maintenue fixe la tumeur. Dans l'arthrite chronique on trouve des caractères contraires.

Il est donc facile de reconnaître que la lésion est périarticulaire et qu'elle s'est développée au niveau des gaines synoviales, qu'on a donc affaire à une synovite.

1° La lésion est périarticulaire, on a affaire à une synovite.

Le *kyste synovial folliculaire* appelé encore *ganglion* ne pourra pas donner le change. Il a des caractères tranchés qui permettent son diagnostic facile. C'est une petite tumeur arrondie, tendue, quelquefois fluctuante, mais le plus souvent très dure, quelquefois transparente quand le kyste est volumineux, ayant une dimension qui peut aller de celle d'un gros pois à celle d'une noisette et même quelquefois d'une noix. On peut la rencontrer sur tout le pourtour du poignet, mais son siège de prédilection est la face dorsale. Il est en général fixé et peu mobile, quelquefois douloureux, mais seulement à l'occasion des mouvements ; il se trouve de préférence chez les personnes qui font jouer leurs articulations comme dans l'exercice du piano ou dans la couture.

On ne confondra pas le *ganglion* avec un anévrisme de la radiale quoiqu'on ait signalé des cas où ses rapports avec cette artère lui donnent des battements communiqués, ni avec une exostose toujours plus dure et plus immobile ; du reste, dans certains cas, une pression énergique viendra confirmer le diagnostic en écrasant le kyste synovial folliculaire et en le faisant ainsi disparaître.

Les *synovites chroniques* peuvent être *sèches* ou *séreuses*