

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*

comme les synovites aiguës et, comme ces dernières, se différencient d'après les caractères que nous avons indiqués plus haut : peu de tuméfaction, grande gêne dans les mouvements, tendance à l'attitude vicieuse des doigts dans la synovite sèche ; tuméfaction sur le trajet du ou des tendons, fluctuation ou rénitence dans la synovite séreuse. Nous ne nous étendrons pas sur les formes *rhumatismale* et *blemmorrhagique* dont nous avons donné plus haut les signes distinctifs et nous ne ferons que signaler la *synovite syphilitique* avec épanchement séreux dont le siège de prédilection est la gaine des muscles extenseurs du poignet : on la reconnaîtra à sa forme fruste, torpide et aux antécédents présentés par le malade.

Les synovites, vraiment intéressantes dans la région que nous étudions, sont les *synovites tuberculeuses* qui se présentent sous deux formes bien distinctes et faciles à reconnaître l'une de l'autre : la synovite à grains riziformes et la synovite fongueuse.

La *synovite à grains riziformes* a un signe pathognomonique, c'est le bruit de chaînon. (V. *Examen clinique*, p. 29.) C'est une tumeur en bissac présentant par conséquent deux poches communiquant par un rétrécissement : une poche située du côté de la main, d'ordinaire à la face palmaire ; l'autre, du côté de l'avant-bras. Vient-on à presser sur la bosselure palmaire, le liquide et les grains riziformes refluent du côté de la bosselure antibrachiale et font percevoir à la main appliquée sur elle un frôlement, un frottement spécial, auquel on a donné le nom de bruit de chaînon. La forme allongée de la tuméfaction antibrachiale en rapport avec la direction des tendons, la rétraction des muscles qui fléchissent les doigts et plus spécialement de l'annulaire et de l'auriculaire viennent encore affirmer le diagnostic de synovite à grains riziformes qui siège de préférence dans la gaine des fléchisseurs. On a bien cité quelques cas de lipome crépissant de la paume de la main qui, par leur bruit spécial, auraient pu tromper le clinicien mais, outre que ces observations sont de la plus grande rareté, il suffit d'avoir l'attention appelée de ce côté pour rechercher les autres caractères signalés plus haut et qui n'appartiennent pas au lipome.

La *synovite fongueuse* peut se présenter à deux périodes

différentes de son évolution, à la période d'*ulcération* ou de *non ulcération*.

Quand le pus s'est fait jour à l'extérieur, le diagnostic est facile. La nature de l'ulcération festonnée comme les ulcérations tuberculeuses, la qualité du liquide grumeleux et des fongosites qui émergent par l'ouverture, ne laissent aucun doute.

Dans les synovites suppurées d'une autre cause infectieuse, le pus n'a pas la même nature ; la marche de l'affection est beaucoup plus rapide, et les douleurs beaucoup plus aiguës. Seule la synovite à grains riziformes a les mêmes allures que la synovite fongueuse, mais elle se reconnaît même quand elle est ulcérée, aux grains hordéiformes qui sortent par l'ouverture. Ces deux formes produites par le bacille de Koch ne sont souvent que deux étapes de la même affection commençant par les grains riziformes et finissant par les fongosités.

Lorsqu'il y a eu ulcération du côté de la peau, les lésions ont marché vers les parties profondes et l'articulation est souvent envahie ; on devra s'attacher à reconnaître l'arthrite concomitante d'après des caractères que nous indiquerons plus loin.

A la première période, c'est-à-dire avant son ulcération, la synovite fongueuse se reconnaît à ses caractères généraux qui sont : début insidieux, lenteur de la marche, irrégularité dans la surface et la consistance de la tuméfaction ; mais elle peut revêtir diverses formes. A la face dorsale du poignet c'est toujours une tumeur allongée dans le sens des tendons, mais ne faisant qu'une masse ; il peut en être ainsi à la région palmaire, lorsque les gaines des fléchisseurs sont prises, mais le plus souvent il en est autrement et on a sous les yeux, comme dans la synovite à grains riziformes, une tumeur bilobée, en bissac, avec une bosselure palmaire et une tuméfaction anti-brachiale parallèle aux tendons.

La consistance de cette tuméfaction est, au début, molle, pâteuse, donnant la sensation de fongosités ; mais bientôt celles-ci se ramollissent, le pus se forme et on a le symptôme de la fluctuation sur un ou plusieurs points de la tumeur ou dans la totalité de celle-ci, et dans le cas où elle est bilo-

bée on peut faire refluer le liquide de la paume de la main à l'avant-bras et réciproquement.

Quand les tendons sont envahis, la main prend une attitude spéciale : les doigts s'infléchissent quand il s'agit des muscles fléchisseurs, et la flexion devient au contraire impossible quand il s'agit des tendons extenseurs. Peut-on se rendre compte du degré d'envahissement des tendons ? de leur destruction par les fongosités ? La chose est bien difficile, car les deux bouts du tendon rompu restent adhérents à la masse des fongosités. Dans des cas très rares en faisant le mouvement qui écarte les extrémités du tendon (extension pour lésion des fléchisseurs, flexion pour lésion des extenseurs), on sent vaguement une dépression au milieu de la masse tirillée : mais ce sont là des notions assez vagues. On a aussi conseillé la faradisation du muscle qui permet le mouvement des doigts, quand la continuité du tendon n'est pas détruite et qui n'agit plus lorsque le tendon est rompu ; ces manœuvres, bien qu'ayant leur utilité, ne sont pas de pratique courante en clinique.

2° La lésion est intraarticulaire ; on se trouve en présence d'une arthrite chronique, il faut en rechercher la nature.

Comme à l'épaule, comme au coude, c'est l'*ostéoarthritis tuberculeuse*, c'est la *tumeur blanche*, l'affection de beaucoup la plus commune de l'articulation du poignet. Elle se présente sous deux formes, non ulcérée ou ulcérée.

DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR BLANCHE DU POIGNET

1° La tumeur blanche n'est pas suppurée ; ne porte pas de fistules : l'inspection montre d'abord un changement dans la forme et le volume des parties. C'est du côté externe de la face dorsale que prédomine le gonflement qui envahit plus tardivement la région palmaire et qui s'étend du côté du carpe. On sait, en effet, et l'on comprend, vu la disposition des synoviales, que ce n'est pas seulement l'articulation radiocarpienne, mais encore celles du carpe et même du métacarpe qui sont envahies ; la tuméfaction doit donc s'étendre du côté de la main, et le poignet et le carpe prennent petit à petit une forme cylindrique.

La main est dans une situation intermédiaire entre l'extension et la flexion, quelquefois un peu fléchie. Les doigts sont œdematiés à la base et effilés à la pointe. Le pouce est collé le long de l'index ; le premier espace interosseux semble avoir disparu ; le poignet et la main rappellent l'aspect d'un battoir.

La palpation de la face dorsale permet de reconnaître la consistance du tissu fongueux et quelquefois un ou plusieurs points ramollis ; à la face palmaire les fongosités ont repoussé le paquet tendineux devant elles. Si des parties molles on passe à l'examen du squelette, on constate que les extrémités inférieures du radius et du cubitus ont augmenté de volume ; que la pression à ce niveau est douloureuse ainsi que sur les os du carpe qui sont atteints, et on arrive ainsi à localiser les lésions. Enfin, à un certain moment, on sent l'apophyse styloïde du cubitus saillante sous la peau, ce qui tient probablement à la destruction du fibro-cartilage qui retient cet os au radius.

Les signes fonctionnels sont aussi très importants : les mouvements spontanés de flexion et d'extension sont presque impossibles et très douloureux. Les mouvements d'abduction et d'adduction sont très limités ; quant aux mouvements des doigts ils ne sont qu'ébauchés, ce qui tient à deux causes, l'envahissement des gaines tendineuses et l'atrophie des muscles de l'avant-bras.

Les mouvements communiqués permettent de percevoir des craquements quand on fait jouer les surfaces articulaires les unes sur les autres, et donnent la sensation que les ligaments et les cartilages de revêtement sont détruits. On sent alors les os du carpe frotter les uns contre les autres en donnant la sensation d'un *sac de noix*. En prenant les extrémités inférieures du radius et du cubitus, on peut les mouvoir, ce qui tient à la destruction du ligament triangulaire. Les douleurs spontanées peuvent exister, mais n'ont jamais une grande intensité.

Enfin en explorant les régions voisines on constate une atrophie marquée de tout l'avant-bras, ainsi que, le plus souvent, l'envahissement des ganglions sus-épitrochléens et axillaires.

Ces caractères tranchés permettent de ne pas confondre l'arthrite tuberculeuse du poignet avec les autres arthrites chroniques.

L'*arthrite rhumatismale chronique du poignet* a des signes locaux de peu d'importance et se traduit surtout par de la gêne et de la douleur dans les mouvements. L'affection a eu une période aiguë très marquée, période aiguë qui a cessé rapidement, mais qui s'est manifestée par une invasion polyarticulaire.

L'*arthrite sèche* présente des craquements constants non seulement dans le poignet, mais encore dans les autres articulations. Le squelette montre des altérations ostéophytiques et il n'y a jamais de fongosités. De plus dans le passé du malade on découvre des poussées du côté de l'articulation malade, coïncidant avec un épanchement intra-articulaire, épanchement qui disparaît plus ou moins vite, mais qui disparaît.

L'*arthrite blennorrhagique* pourrait prêter plus facilement à confusion, mais on se rappellera l'intensité des douleurs spontanées, très vives surtout la nuit; le siège du gonflement presque toujours dorsal, la coloration rouge des parties faisant au début croire à un phlegmon; les arthropathies fugaces qui se sont manifestées par des douleurs passagères dans les principales articulations; la tendance très rapide de l'arthrite vers l'ankylose et les mouvements du poignet bien vite perdus et quelquefois exagérés (forme destructive, de Duplay); enfin la présence de l'écoulement purulent qui devra toujours être recherché du côté des organes génitaux.

Nous ne parlerons ni de l'*arthrite syphilitique* ni de l'*arthrite nerveuse* du poignet, car on peut dire qu'elles ont à peine été signalées.

2° **La tumeur blanche est arrivée à la période de suppuration; le poignet porte des fistules.** — C'est presque toujours, pour ne pas dire toujours, à la région dorsale qu'elles se montrent; c'est, du reste, de ce côté que le pus a à traverser une moins grande épaisseur de tissus pour se faire jour à l'extérieur. A la région palmaire les trajets fistuleux sont très rares (nous en avons relevé deux sur vingt-cinq obser-

vations) et ils siègent sur les côtés interne et externe de cette région.

A ce moment les gaines tendineuses ont été envahies de proche en proche par les fongosités; Schwartz signale en effet dans sa thèse une communication possible entre la gaine des fléchisseurs et la synoviale articulaire au niveau de l'os crochu, et Ollier fait remarquer que l'apophyse de l'os crochu et le tubercule du scaphoïde qui constituent les bords latéraux de la gouttière carpienne ont leur périoste intimement uni à la gaine des fléchisseurs, ce qui rend facile la propagation de l'agent tuberculeux.

La présence des ulcérations et des fistules rend le diagnostic d'ostéoarthritis tuberculeuse facile. C'est la seule arthrite chronique qui suppure au poignet. L'arthrite blennorrhagique dans des cas exceptionnels arrive à la suppuration, mais nous avons donné plus haut les signes qui permettent de la reconnaître, et quant à l'ostéomyélite des extrémités inférieures du radius ou du cubitus, elle est rare et se manifeste d'abord par des lésions de l'un de ces deux os. Un simple interrogatoire du malade permettrait donc de se rendre compte du début périarticulaire de l'affection et de l'envahissement secondaire de l'articulation donnant lieu à une arthrite ne présentant pas, du reste, les caractères de la tumeur blanche du poignet.

Seule la synovite fongueuse ulcérée pourrait donner le change, mais nous rappelons que, pour éviter l'erreur, il suffira de se rappeler que dans la synovite les lésions sont surtout fréquentes à la face palmaire, c'est le contraire dans l'arthrite; qu'avant la suppuration la lésion siègeait plutôt au-dessus et au-dessous de l'interligne articulaire qu'à son niveau; que dans la synovite les mouvements du poignet et l'appui des surfaces articulaires l'une contre l'autre sont peu douloureux, ils le sont extrêmement dans l'arthrite. Enfin l'exploration au stylet permet de se rendre compte de la nature des lésions; dans la synovite les parties molles seules sont atteintes, dans l'arthrite on arrive facilement sur des cartilages détruits et des os dénudés.

Il ne suffit pas de faire le diagnostic d'*ostéoarthritis tuberculeuse du poignet*, on doit de plus rechercher à se rendre un compte exact de l'étendue des lésions, c'est en quelque

sorte un diagnostic thérapeutique qu'il faut faire, diagnostic qui légitime et conduit l'intervention. Dans l'articulation radio-carpienne, les lésions envahissent si rapidement le carpe et le métacarpe qu'on a pu dire que la tumeur blanche de ces régions était improprement appelée ostéoarthrite du poignet.

On devra donc, s'il y a des fistules, rechercher les premiers renseignements avec le stylet. Si la suppuration ne s'est pas fait jour à l'extérieur, c'est à l'aide de pressions judicieusement pratiquées qu'on se rendra compte, d'après la sensation perçue et la douleur provoquée, de l'altération des extrémités inférieures du radius et du cubitus. Cela fait, on interrogera la première rangée du carpe d'abord par des pressions faites à son niveau et ensuite par des mouvements ayant pour but de faire jouer les surfaces articulaires les unes sur les autres afin de se rendre compte de l'état des ligaments. On fera de même pour la seconde rangée du carpe dont on sentira facilement le pisiforme qui servira de point de repère. Quant au métacarpe, c'est à l'aide de pressions directes faites au niveau des articulations carpo-métacarpiennes et de pressions indirectes pratiquées par l'intermédiaire des doigts, qu'on pourra avoir une notion de l'étendue des lésions.

Les luxations pathologiques sont très rares dans l'articulation radio-carpienne. On a cependant signalé la luxation du cubitus en arrière, de même que dans un cas de Richet le carpe était aussi luxé en arrière.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Affections aiguës. — Les phlegmons de la main et des doigts ont une gravité particulière à cause des conditions anatomiques que nous avons indiquées plus haut, et ils peuvent être confondus dans une même description parce que le plus souvent les suppurations importantes de la main sont la conséquence d'infections siégeant au niveau des doigts, infections qui prennent le nom générique de *panaris*.

C'est donc du panaris que nous allons nous occuper. On a confondu sous cette appellation des lésions multiples. Dans le public notamment, ce mot a un caractère de gravité particulière parce qu'on réserve cette dénomination au panaris profond, tandis qu'en pathologie on appelle ainsi toutes les inflammations des doigts.

Le diagnostic de panaris est facile à poser ; il suffit, pour le faire, de trouver réunis sur un même doigt les trois signes cardinaux de l'inflammation, tumeur, douleur et rougeur. Le diagnostic thérapeutique ne laisse non plus aucun doute ; dans tous les cas il faut inciser les parties molles.

Il n'en est pas de même du diagnostic anatomique.

On a, en effet, divisé le panaris en superficiel, sous-cutané et profond. Le *panaris superficiel* est facile à reconnaître : il est sous-épidermique et se manifeste par un petit abcès blanc jaunâtre, auquel on donne communément le nom de *tournoïe* ou de panaris phlycténoïde, et qui a pris encore le nom de *panaris périunguéal* quand il siége au niveau de l'ongle et d'*érythémateux* quand il existe une certaine rougeur des téguments.

Le *panaris sous-cutané* s'accompagne de douleurs un peu plus vives ; il est, en effet, sous-dermique et a des tendances à envahir la gaine des fléchisseurs. Il ne fait pas saillie sous l'épiderme comme le panaris superficiel ; un palper attentif peut permettre de reconnaître la présence du pus plus profondément situé que dans le panaris superficiel, mais n'ayant pas encore envahi les gaines des tendons et ne présentant pas les caractères que nous allons indiquer plus loin.

C'est à ce panaris sous-cutané qu'appartient la variété *anthracôïde*, sorte de petit anthrax du doigt qui se reconnaît à la présence d'un bourbillon et à son siège de prédilection sur la face dorsale et sur la face latérale des doigts.

Signalons aussi l'*abcès en bouton de chemise* qui n'est autre qu'une suppuration sous-cutanée perforant sur un point le derme et venant s'étaler, sous l'épiderme, en réunissant les deux variétés de panaris superficiel et de panaris sous-cutané.

Le *panaris profond*, de beaucoup le plus intéressant, siége ou dans la gaine des fléchisseurs (panaris de la gaine),

ou sur la phalange (panaris ostéopériostique). Ils sont tous les deux graves à cause des complications qu'ils peuvent

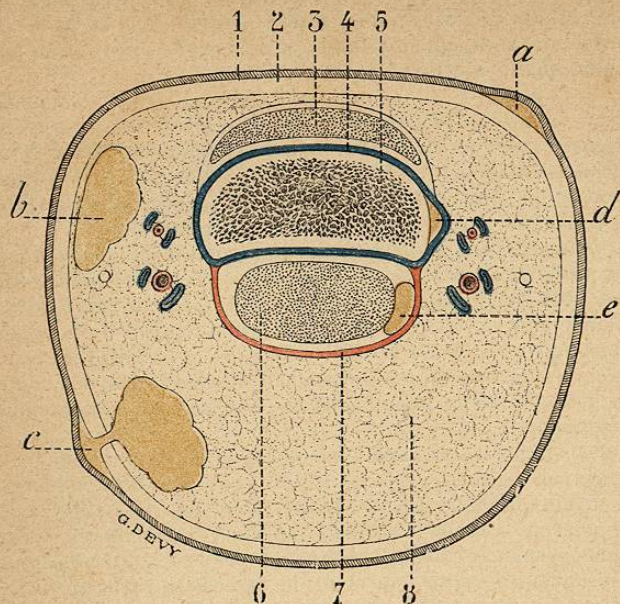


Fig. 45. — Coupe du doigt (demi-schématique).

1, épiderme. — 2, derme. — 3, tendon de l'extenseur. — 4, périoste. — 5, coupe de la phalange. — 6, tendon fléchisseur profond. — 7, sa gaine. — 8, pannicule adipeux — a, panaris sous-épidermique. — b, panaris sous-cutané. — c, panaris en bouton de chemise. — d, panaris sous-périostique. — e, panaris de la gaine du fléchisseur.

engendrer et se distinguent des formes précédentes par la douleur atroce qu'ils provoquent et par leur retentissement sur l'état général.

Le panaris de la gaine se reconnaît aux signes suivants. C'est sur la face palmaire du doigt que siègent les lésions.

Les tissus de cette région sont très tendus, rouges, excessivement douloureux à la pression; les moindres mouvements du doigt sont des plus pénibles et le doigt est fléchi en crochet (signe caractéristique de cette variété).

Le panaris ostéopériostique n'a pas la même physionomie. Le doigt est tuméfié, il est vrai; mais cette tuméfaction réside sur tout le pourtour de l'organe, au lieu de se montrer principalement sur la face palmaire. Il n'existe pas de rougeur à la peau quand la lésion est à son début; mais la moindre pression est pourtant très douloureuse et montre une tension des parties profondes. Enfin le doigt n'est pas recourbé en crochet.

Ce panaris ostéopériostique, le plus profondément situé, est aussi le plus grave. Il est en général la conséquence de la propagation d'une infection de dehors en dedans et s'accompagne par conséquent de l'envahissement des gaines et des parties molles par la suppuration. Il peut, cependant, débiter par l'os dans les cas d'ostéomyélite des phalanges. On devra avoir cette notion présente à l'esprit et penser toujours à l'ostéomyélite dans les cas de panaris ostéopériostique.

Il faudra aussi distinguer le panaris de la troisième phalange, du panaris de la deuxième et de la première. A la troisième phalange le panaris de la gaine n'existe pas puisque cette gaine tendineuse s'arrête à la deuxième phalange; mais en revanche la couche graisseuse sous-cutanée est immédiatement en contact avec le périoste et lui est rattachée par des tractus fibreux: ce qui fait que le panaris sous-cutané de la troisième phalange se complique toujours de panaris périostique, d'où la nécrose rapide de la phalange et la nécessité d'une incision très précoce.

Les complications du panaris sont, comme nous l'avons dit, très redoutables, et au premier rang de celles-ci se trouvent les phlegmons de la paume de la main et de l'avant-bras. Ceux-ci sont très importants à diagnostiquer, car quoique causés dans la grande majorité des cas par le panaris, devant la gravité des lésions, la lésion première prend le second rang et malheureusement le chirurgien se trouve le plus souvent en présence de malades dont la main est totalement envahie.

Nous avons donné dans l'anatomie clinique les raisons pour lesquelles le pouce et le petit doigt étaient principalement l'objet de ces terribles complications : nous n'y reviendrons pas, pas plus que nous ne discuterons si c'est par rupture des gaines ou par infection lymphangitique que la suppuration se propage. Ce que le clinicien doit savoir, c'est si il a réellement affaire à un phlegmon profond.

On trouve, en effet, dans la paume de la main des inflammations superficielles et sous-cutanées, de même nature que celles que nous avons signalées à la face palmaire des doigts; leurs caractères sont les mêmes. Mais à côté de ces phlegmons de peu de gravité, il existe des phlegmons profonds qui se divisent en phlegmons sous-aponévrotiques et en phlegmons des gaines, affections se manifestant toutes deux par des douleurs très vives, un gonflement considérable, une chaleur intense et un retentissement sur l'état général.

Le *phlegmon des gaines*, véritable complication du panaris, se manifeste par un gonflement occupant toute la face palmaire jusqu'à la racine des doigts et gagnant la face dorsale qui devient œdémateuse. La main ressemble à un battoir; les doigts sont immobilisés et le moindre mouvement qu'on essaie de leur imprimer, arrache des cris au malade. Cette immobilité maintient la troisième phalange plus ou moins fléchie sur la deuxième, la deuxième sur la première, et la première sur la paume de la main : ce phlegmon est, bien entendu, sous-aponévrotique, mais il a débuté par les gaines et n'a gagné le tissu cellulaire que secondairement.

Le *phlegmon sous-aponévrotique* peut se montrer sans que les gaines soient prises, si on intervient à temps; il se distinguera du précédent aux caractères suivants : les doigts sont fléchis sur la paume de la main dans la situation suivante : flexion de la première phalange avec extension des deux autres, ce qui tient vraisemblablement à la contracture inflammatoire des lombricaux et des interosseux, contracture à laquelle, dans le phlegmon des gaines, s'ajoute la contracture des fléchisseurs.

Comme complications ultimes du panaris et du phlegmon des gaines, citons les fusées purulentes dans l'avant-bras. On reconnaîtra la présence du pus dans cette région en faisant

des pressions alternatives sur la paume de la main et sur l'avant-bras, de façon à faire refluer le pus d'une région à l'autre.

On examinera aussi avec soin l'état des articulations radiocarpiennes, carpiennes et carpométacarpiennes, et trop souvent on sentira des craquements dénotant des arthrites suppurées consécutives à l'envahissement de ces articulations par le pus contenu primitivement dans les gaines.

Affections chroniques. — On a aussi donné le nom de panaris à des inflammations chroniques des doigts survenant secondairement. C'est ainsi que le *panaris diabétique* est facile à reconnaître à cause de sa marche torpide, des caractères gangreneux de son ulcération et de la présence du sucre qui, dans ces cas douteux, devra toujours être recherché dans l'urine.

Le *panaris de Morvan* est aujourd'hui reconnu comme une des manifestations de la syringomyélie; mais comme sa localisation sur les doigts donne à l'affection un caractère particulier, nous allons énumérer les signes bien tranchés qui permettent de le reconnaître.

Il y a analgésie du doigt, de la main et quelquefois même de tout le membre supérieur. Dans la plupart des cas il y a parésie des muscles de l'avant-bras et de la main, et cette parésie est révélée par l'électricité. Quant au panaris à proprement parler, il a l'aspect d'un panaris ordinaire avec cette différence capitale toutefois qu'il n'existe aucune douleur et que l'incision n'est pas sentie par le malade. Presque toujours les lésions vont jusqu'à l'os qui est nécrosé et on saisit de suite les analogies avec le mal perforant.

Enfin il y a des troubles sensoriels, de l'obscurcissement de la vue, de la diminution de l'ouïe, et aussi de l'abolition de l'odorat et du goût. Signalons encore la coïncidence fréquente d'une scoliose et la présence possible d'arthropathies.

Ce sont là des caractères suffisants pour faire un diagnostic sûr.

Dans les affections chroniques des doigts il faut savoir reconnaître le *spina ventosa* qui n'est autre qu'une tuberculose osseuse, se manifestant par des caractères propres.

C'est principalement un gonflement fusiforme et régulier du doigt ou du métacarpe atteint ; il n'existe aucune douleur ; la peau ne change pas de caractères et les mouvements ne sont nullement gênés.

A la période d'ulcération il se forme des trajets fistuleux plus volontiers sur la face dorsale, et le stylet introduit dans les fistules permet d'arriver sur l'os, de traverser la coque osseuse et de pénétrer dans le canal médullaire. C'est principalement chez les enfants scrofuleux qu'on rencontre le spina ventosa, et un examen attentif permettra de reconnaître la tuberculose (voir *Interrogatoire du malade* page 7). On ne confondra pas avec cette affection la *dactylite syphilitique*, qui peut bien aussi produire un gonflement du doigt, mais moins régulier et moins fusiforme ; de plus, il existe toujours une teinte violacée de la peau et l'évolution vers l'ulcération est celle de l'ulcération gommeuse ; il existe des douleurs assez vives, qui augmentent pendant la nuit ; enfin cette dactylite, quoique pouvant être produite par la syphilis congénitale, se rencontre plus volontiers chez l'adulte, toutes causes qui mettent sur la voie et permettent de rechercher l'infection vénérienne dont on trouvera les stigmates.

L'*ostéomyélite* aiguë peut se rencontrer aux phalanges, et en se prolongeant passer à l'état chronique. On distinguera cette affection de la forme ulcérée du spina ventosa à ce que le doigt ne présente pas un gonflement aussi fusiforme et aussi régulier. De plus l'histoire de la maladie montrera une période aiguë avec de la fièvre et des douleurs intenses ; puis l'apparition de la suppuration laissant à sa suite des fistules dans lesquelles le stylet pénétrant arrivera souvent sur une partie osseuse nécrosée ; de plus tous ces symptômes se rencontrent en général sur un sujet non entaché de tuberculose. Nous n'aurons pas à dire grand'chose des affections chroniques non inflammatoires de la main et des doigts. Les difformités congénitales, comme la *main bote*, la *syndactylie*, se reconnaissent à la simple inspection ; il en est de même de la *rétraction de l'aponévrose palmaire* et du *doigt à ressort*. Quand on a vu une fois ces maladies, on les reconnaît.

Les tumeurs ne présentent pas non plus, dans ces régions, de caractères bien particuliers.

L'*anévrisme cirsoïde* peut s'y rencontrer, ayant les mêmes signes que ceux signalés à la région temporofrontale (voir page 99) : battements isochrones au pouls, expansion, thrill murmur, surface bosselée, tourmentée, avec des ondes flexueuses donnant la sensation de paquets de ficelle ou d'intestin de poulet ; mais à la main les lésions remontent du côté de la racine du membre, on devra donc les rechercher sur les artères radiale et cubitale, et en même temps examiner l'humérale pour constater si elle n'a pas subi de dilatation et ausculter même le cœur qui est quelquefois hypertrophié.

On rencontre aussi à la main des *angiomes* qui présentent, du reste, les caractères qu'ils ont ailleurs et se combinent souvent aux lipomes ; des *kystes synoviaux* dont nous avons déjà parlé et des tumeurs malignes *sarcomes* et *épithéliomes* avec leur signes ordinaires.

Les *chondromes de la main et des doigts* sont, au contraire, assez fréquents. Quand ce néoplasme est central, il souffle pour ainsi dire le doigt et, à ce moment de son évolution, cette tumeur a pu être prise pour un spina ventosa ; mais une observation suivie permettra de voir cette forme changer, et des bosselures de consistance inégale se montreront, donnant à la tumeur la forme lobulée.

Le chondrome peut atteindre des proportions considérables donnant à la main et aux doigts les formes les plus bizarres. On pourrait à ce moment le confondre avec certaines hypérostoses des doigts se montrant la plupart du temps sous l'influence de la syphilis ; mais la consistance n'est pas la même, d'une dureté osseuse dans les exostoses et d'une dureté cartilagineuse dans le chondrome qui, dans certains cas assez fréquents, peut même présenter de la transparence. Comme cette tumeur peut débiter dans les parties molles, on s'attachera à reconnaître ses connexions avec l'os, et la présence d'une ulcération à sa surface ne détournera pas du diagnostic, car la peau distendue peut s'ulcérer et montrer, au centre de la solution de continuité, le néoplasme d'aspect blanchâtre.

Les *lipomes* sont rares à la main et aux doigts et les caractères qu'ils présentent rendent leur diagnostic difficile à cause de leur siège sous-aponévrotique. En général ils sont encapsulés et bien circonscrits. Ils peuvent cependant se diffuser sans jamais pourtant franchir le ligament annulaire, mais ils descendent dans les espaces interosseux entre les métacarpiens et gagnent le dos de la main où ils se dessinent en boudins longitudinaux. Qu'ils soient purs ou que ce soient des fibro-lipomes ou des angio-lipomes, ils ne causent aucune gêne fonctionnelle si ce n'est, cas tout à fait exceptionnel, lorsqu'ils deviennent énormes. Leur évolution est très lente.

Ils peuvent être confondus avec le kyste synovial du poignet, avec la synovite séreuse ou à grains riziformes. On sait, en effet, que la fausse fluctuation est un des caractères des lipomes et que dans certains cas, rares il est vrai, leur pression donne lieu à une crépitation analogue au bruit de chaînon; dans le lipome cette crépitation est pourtant plus fixe. Dans les synovites et dans les kystes du poignet, le développement est moins lent et le mode d'extension n'est pas le même. La tumeur palmaire fuse en effet vers le poignet, franchit le ligament annulaire et vient donner lieu à une collection antibrachiale qui, jointe à celle de la paume de la main, donne lieu à une tuméfaction en bissac caractéristique.

DE LA HANCHE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

On désigne sous le nom de *hanche* toute la racine du membre pelvien (Richet). « La partie supérieure du fémur et la plus grande partie de l'os iliaque en forment le squelette, et elle comprend toutes les parties molles qui entourent l'articulation coxo-fémorale. » (Tillaux.)

La *hanche* a pour limites : en haut et en arrière, la crête iliaque; en haut et en avant, l'arcade crurale à laquelle correspond le pli de l'aine; en bas et en arrière, le pli fessier; en bas et en avant, une ligne fictive continuant la direction du pli fessier, horizontale, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe de la cuisse et rejoignant les deux extrémités interne et externe du pli fessier.

Ainsi comprise, la hanche se divise en trois régions secondaires : la *région de l'aine*, la *région fessière*, la *région ischio-pubienne ou obturatrice*.

Nous commencerons cette étude par la *région de l'aine*, de beaucoup la plus importante, et malgré les limites assignées plus haut à la hanche en avant et en haut, nous ferons, à l'exemple du professeur Guyon, dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, rentrer, dans l'étude de la région de l'aine, celle du *canal inguinal*. N'est-il pas de toute évidence que c'est une division réellement clinique que celle que nous adoptons? N'est-on pas forcé, à chaque instant, quand on examine un malade, qu'il s'agisse de hernie, de collections purulentes, etc., d'examiner à la fois la région du canal inguinal et celle du triangle de Scarpa?

La *région de l'aine*, envisagée, comme nous venons de le