

une pyodermite, et non une sorte de lymphangite comme le précédent.

Les complications sont soit locales, soit générales. Les complications locales les plus fréquentes sont la suppuration des synoviales digitales et l'ostéomyélite secondaire avec nécrose de la phalange sous-jacente, et enfin l'arthrite suppurée des articulations phalangiennes.

Localement, on peut encore observer des complications gangreneuses (panaris gangreneux). Cette gangrène s'observe surtout chez des diabétiques. L'érysipèle, les angioleucites, le phlegmon par diffusion des adénites suppurées, s'observent ici comme pour toutes les plaies. La diphtérie peut se greffer sur la plaie : c'est le panaris diphtérique primitif ou secondaire de Hau (1), Seitz (2).

Les complications générales observées sont des ostéomyélites à distance, des abcès du cerveau, etc., et enfin la septicémie et l'infection purulente.

**Diagnostic.** — Il est facile; on élimine facilement certaines lésions cutanées, l'érythème, les engelures, l'érysipèle.

Dans la *synovite digitale primitive*, le doigt se met en crochet, la flexion est très douloureuse, beaucoup plus douloureuse que dans le simple panaris sous-cutané.

L'*ostéomyélite de la phalange* se caractérise par ce fait que des douleurs existent dans l'os quelque temps avant l'apparition de la rougeur du doigt. La marche de l'infection est inverse, elle va du centre vers la périphérie.

L'évolution chronique, les troubles trophiques et sensitifs concomitants, feront reconnaître le *panaris de la syringomyélie*.

**Pronostic.** — Il est assez grave à cause des troubles fonctionnels possibles quand le panaris superficiel se complique d'infections synoviales ou osseuses. Les doigts sont déformés, l'ongle difforme, la dernière phalange reste souvent raide, quand ce n'est pas tout le doigt; les phlegmons à distance peuvent produire de graves désordres, aboutissant à une amputation ou à une désarticulation.

**Traitement.** — Le panaris superficiel doit être traité de bonne heure par une incision franche.

Quand celle-ci est refusée dans l'espoir de l'avortement possible, on autorisera des compresses antiseptiques chaudes appliquées sur le doigt. Mais plus de ces cataplasmes qui ont déterminé l'ankylose, la nécrose ou la perte de tant de doigts! Ces compresses chaudes diminuent la douleur; la main sera maintenue élevée.

L'incision franche après anesthésie locale permet l'élimination des produits septiques. Elle doit être longitudinale et on aura soin d'éviter de sectionner le tendon. Elle empêche surtout la propagation aux tissus profonds. Des bains de doigts dans une solution de sublimé

(1) HAU, *Lyon médical*, 8 fév. 1900.

(2) SEITZ, *Correspondenzbl. f. Schweiz. Aertze*, 1899.

faible activent la désinfection et partant la guérison. Mais ces bains ne seront pas trop prolongés, car ils ont l'inconvénient de gonfler et d'infiltrer l'épiderme.

En incisant le foyer superficiel, on vérifiera le fond de la poche pour voir s'il n'y a pas un autre abcès sous-jacent; on pensera donc toujours à l'abcès en bouton de chemise.

On fera mouvoir de bonne heure et souvent toutes les articulations de la phalange, pour éviter leur ankylose, et aussi pour éviter les adhérences des tendons à leur gaine.

#### C. — PHLEGMONS ET ABCÈS PROFONDS DES DOIGTS.

(*Panaris profond.*)

Ils siègent : 1° dans la gaine synoviale; 2° dans l'organe central du doigt ou de l'orteil, c'est-à-dire dans la phalange, ostéomyélite de la phalange ou panaris osseux; 3° dans les articulations.

1° **Abcès des gaines.** — Cette infection de la *gaine synoviale* peut être primitive ou secondaire. Elle est primitive quand elle est le résultat d'une infection générale, septicémie, infection purulente; cette étiologie est assez rare aujourd'hui. Elle est secondaire le plus souvent, soit à une infection superficielle, c'est-à-dire une piqûre ou un panaris des parties molles. Elle peut être encore consécutive à une ostéomyélite d'emblée de la phalange, l'infection suppurative marchant ici du centre du doigt vers sa périphérie (1).

Le *panaris des gaines* de l'index, du médus et de l'annulaire se traduit par une tuméfaction limitée à la face antérieure des deux premières phalanges seulement, puisque la troisième phalange n'est pas recouverte par cette séreuse. L'infection de la gaine du pouce et du petit doigt détermine un gonflement qui s'étend à l'éminence thénar et hypothénar et remonte jusqu'au poignet. Enfin, quand la gaine du pouce communique avec celle du petit doigt, l'infection passe facilement de l'une à l'autre et réciproquement. Les panaris superficiels, du pouce et du petit doigt sont donc particulièrement graves, quand l'infection gagne la synoviale sous-jacente.

Quand la gaine synoviale est prise, la flexion du doigt est très douloureuse. *Il se fléchit spontanément en crochet*, pour augmenter la cavité de la synoviale qui se remplit de liquide, successivement louche puis purulent. Le pus se dirige vers la peau ou vers les articulations voisines. L'infection gagne les articulations, le tendon

(1) **Synoviales digitales.** — Rappelons que la synoviale de l'index, du médus et de l'annulaire s'étend depuis l'extrémité supérieure de la troisième phalange jusqu'au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, tandis que celle du pouce et celle de l'annulaire accompagnent les tendons fléchisseurs jusqu'au poignet et se terminent à deux travers de doigt environ au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe. De plus, la synoviale du pouce et celle du petit doigt sont contiguës à leur partie supérieure et elles communiquent quelquefois l'une avec l'autre.



et l'os. Le tendon fléchisseur se sphacèle et s'élimine au bout de plusieurs semaines, l'extension permanente du doigt ankylosé en ligne droite est la règle, la guérison avec cette infirmité ne s'observe qu'après des mois le plus souvent. Les parties molles restent longtemps comme infiltrées et, à la coupe, elles offrent un aspect lardacé (1).

La synovite suppurée des gaines se reconnaît surtout à la rétraction des doigts, mais il faut que cette rétraction soit très marquée, car le panaris superficiel donne aussi lieu à une très légère flexion du doigt au début.

Le pronostic dépend du traitement ou, si on n'intervient pas, l'infection gagne rapidement des organes voisins, superficiels et profonds, et conduit à une « *panodactylite* ».

Le seul traitement, c'est l'incision aussi précoce que possible; elle calme la douleur, elle prévient le sphacèle du tendon, etc., c'est le traitement préventif de l'ostéomyélite de la phalange.

**2° Ostéomyélites des phalanges (*Panaris osseux*).** — L'infection des phalanges est, soit consécutive à une infection des parties molles du doigt, soit primitive.

a. L'OSTÉOMYÉLITE SECONDAIRE s'explique aisément; les séquestres qui se forment mettent parfois des mois pour s'éliminer.

b. OSTÉOMYÉLITE PRIMITIVE DES PHALANGES. — Chassaignac, dans son *Traité de la suppuration*, décrit le panaris périostique primitif. Boyer, Roux, Velpeau, Gerdy, Dupleix et son élève Cottin, admettent l'existence de l'origine osseuse et primitive du panaris profond, tandis que la plupart des autres auteurs de la même époque le considèrent comme une ostéopériostite consécutive à l'inflammation de la gaine synoviale (Dolbeau). Lannelongue, le premier, soutient catégoriquement que certains panaris profonds ne sont autre chose que des ostéomyélites des phalanges. En 1897, à la Société de chirurgie, M. Kirmisson a également insisté sur le diagnostic différentiel entre le panaris profond ostéomyélique et le panaris superficiel.

Ce panaris osseux, ostéomyélique d'emblée, s'observe parfois sans porte d'entrée visible pour l'infection, parfois après une fièvre typhoïde (Chantemesse et Vidal), ou encore après un traumatisme qui localise une infection sanguine déjà existante. Ce traumatisme existait 14 fois dans les trente observations colligées par Augué (2).

Le microbe causal est variable : staphylocoque, streptocoque, bacille d'Eberth. Les lésions seront celles de l'ostéomyélite, décollement périostique, décollement épiphysaire, formation de séquestres, arthrites suppurées, dislocation articulaire, fistules multiples, infection des gaines synoviales digitales et de toutes les parties molles du doigt.

(1) Les autres os de la main peuvent être atteints d'ostéoporose (Bouglé, *Soc. anat.*, 1901).

(2) AUGUÉ, thèse de Lyon, 1897.

Le siège de préférence, c'est le pouce; la phalange le plus souvent lésée, c'est la première et la troisième. Quelquefois l'infection est bilatérale et symétrique. Ce sont les deux pouces, dans le cas de Poncet.

La *symptomatologie* est facile à concevoir : brusque douleur, gonflement initial à l'os, voilà le signe primordial qui attire l'attention, d'autant plus qu'il n'y a pas de lésions cutanées au voisinage. Les phénomènes généraux sont parfois très graves et le malade peut être emporté par la pyohémie ou une autre complication (abcès du cerveau, phlegmon périnéphrétique, septicémie (cas de Mignon).

D'autres manifestations ostéomyélitiques peuvent être observées (fémur, tibia, etc.). Rapidement l'abcès sous-périosté perfore les parties molles et vient faire issue au dehors.

L'évolution de la maladie est parfois subaiguë, ce sont des ostéomyélites phalangiennes larvées. La fistule qui s'établit dure souvent un temps infini. Enfin un séquestre, en s'éliminant spontanément, termine la maladie.

Le diagnostic avec le spina-ventosa est facile; celui-ci est une affection tuberculeuse lente et diaphysaire. La syphilis osseuse a une évolution chronique. Le diagnostic avec une arthrite suppurée est parfois difficile, car celle-ci peut être symptomatique du panaris osseux.

Le pronostic est en général bénin, mais des complications mortelles sont possibles.

*Traitement de l'ostéomyélite primitive ou secondaire des phalanges.* — C'est l'incision précoce pour calmer la douleur, mais elle n'empêche pas la nécrose.

Les séquestres qui se forment sont ou parcellaires, et ils peuvent sortir spontanément par une fistule, mais au bout d'un temps très long. Souvent ils sont « panphalangiens ». Des incisions seront souvent nécessaires pour les enlever (1).

**3° Arthrites suppurées des phalanges.** — Comme pour les synoviales et les os, ces suppurations sont primitives ou secondaires. Quand le pus a perforé la synoviale, une fistule persiste longtemps; en remuant les doigts on constate des mouvements anormaux de l'articulation et on entend des craquements.

Quand le doigt est augmenté de volume dans sa totalité, imbibé

(1) Si toute la troisième phalange est nécrosée, on peut par une incision en T (A. Guérin), en fer à cheval (Maisonneuve), ou verticale et transversale, diviser la phalange en deux valves, une palmaire et une dorsale qui contiennent l'os nécrosé. Celui-ci est énucléé, on rapproche les valves après nettoyage, et le résultat de ce procédé opératoire, c'est que l'extrémité digitale est aussi peu déformée que possible (Quénu). Un doigt « désossé » de sa troisième et de sa deuxième phalange peut encore être utile (Ollier). Enfin, Kronaker, par des greffes d'os de veau, a essayé de remédier à la nécrose de l'index (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 25 janvier 1897).



de pus, les os nécrosés, les tendons exfoliés, les articulations ballantes et fistuleuses, l'amputation ou la désarticulation sont indiquées.

Parfois le doigt guérit cependant, mais il est soit ankylosé, soit très difforme, et les ouvriers viennent spontanément demander l'amputation qu'ils avaient refusée tout d'abord.

#### D. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA MAIN.

Les *phlegmons et abcès de la face dorsale* de la main ne présentent rien de bien particulier, mais *ceux de la face palmaire* ont souvent préoccupé les chirurgiens. Ils sont fréquents, aussi ils ont été souvent étudiés. En France, Velpeau en faisait souvent le sujet de ses leçons cliniques et il insistait sur l'abcès en bouton de chemise. Michon, dans sa thèse, et Bauchet, dans une longue monographie, complètent l'étude de ces phlegmons. Chassaignac en parle souvent dans son Traité « sur la suppuration et le drainage chirurgical » (1859); Gosselin, Dolbeau (1), Le Dentu (2) en ont donné une excellente description et en ont discuté la pathogénie.

Toutes les différentes variétés de plaies peuvent servir de porte d'entrée à l'infection des tissus constitutifs de la main; ce sont : les piqûres, les excoriations, les morsures, les plaies contuses, les plaies compliquées de corps étrangers. Les panaris de tous les doigts peuvent donner lieu aux phlegmons et abcès de la main.

Quant au phlegmon dit spontané, il s'agit, à notre avis, de lymphangites profondes ou superficielles tardives, consécutives à une plaie déjà cicatrisée depuis quelque temps. Ces lymphangites tardives existent tout comme les adénites tardives (Gérard-Marchant) (3). Ou bien, il s'agit de synovites suppurées dans lesquelles l'infection est d'origine interne.

Les abcès de la face dorsale, à part leur forme assez souvent anthracôïde, ne possèdent rien de particulier. Nous passerons donc immédiatement à l'étude des phlegmons et abcès de la face palmaire.

Étant donné le siège variable du foyer de suppuration, plusieurs variétés anatomiques et cliniques sont à distinguer. Ce sont : 1° le *phlegmon et abcès sus-aponévrotique* comprenant : a. le *phlegmon cutané* et b. le *phlegmon sous-cutané*; 2° le *phlegmon et abcès sous-aponévrotique*, encore appelé *phlegmon profond*. Dans toutes les divisions indiquées jusque maintenant, le rôle de l'aponévrose palmaire ne nous paraît pas avoir assez été mis en relief.

(1) DOLBEAU, Leçons sur les inflammations du membre supérieur (*Journ. l'école de médecine*, 1876).

(2) LE DENTU, article MAIN, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, 1875, t. XXI, et *Études de clin. chirurgicale*, 1892.

(3) GÉRARD-MARCHANT, Observations in thèse de JOUET, Paris, 1886.

1° *Phlegmon et abcès sus-aponévrotique*. — a. *Phlegmon et abcès cutané*. — Les auteurs classiques distinguent encore ici plusieurs variétés, le *phlegmon érythémateux*, le *phlegmon phlycténoïde ou ampullaire*. Quant au *phlegmon anthracôïde* rare à la paume, fréquent à la face dorsale, c'est l'anthrax pur et simple qui n'a rien de spécial à la main.

Le *phlegmon érythémateux* n'est en somme qu'une plaie limitée à la peau et qui se complique de lymphangite réticulaire. On note une rougeur vive, diffuse, lymphangitique, douloureuse. La main paraît lourde; le malade ressent soit des battements isochrones à ceux du pouls, soit des picotements ou des démangeaisons. L'infection peut gagner soit les troncs lymphatiques de l'avant-bras, ce qui donne lieu à des traînées rougeâtres, soit les ganglions épitrochléens et axillaires à distance sans traînées lymphangitiques intermédiaires. Les mouvements des doigts sont conservés. Comme dans toute lymphangite réticulaire ou tronculaire, il y a de la fièvre.

Au bout de trois à quatre jours, on voit le gonflement diminuer : la peau se ride, l'épiderme se flétrit et s'exfolie.

Dans le *phlegmon ampullaire*, l'épiderme est soulevé par un amas de sérosité ou de pus. C'est le vulgaire *durillon forcé* des manouvriers. Ce durillon est représenté par des amas de couches épidermiques, et une petite bourse séreuse sépare cette production épidermique de la face supérieure de derme (Verneuil). Comment s'infecte cette séreuse ou pseudo-séreuse sous-épidermique? Ayant à ce point de vue examiné un assez grand nombre de malades, j'ai souvent trouvé chez eux comme porte d'entrée, soit des plaies à distance sur les doigts soit au niveau de la pulpe, soit au niveau des interlignes et des plis palmaires articulaires. Quand ce n'étaient pas des plaies, c'étaient des engelures, des crevasses. Celles-ci existaient aussi dans le voisinage du durillon, à la surface de la peau. C'était là une porte d'entrée évidente, à notre avis, chez certains malades; chez d'autres, nous pensons que les pressions ou glissements fréquemment répétés doivent provoquer des décollements vasculaires, des déchirures dans cette bourse séreuse, et cet épanchement de lymphe ou de sang s'infecte secondairement par le fait d'une écorchure de voisinage. A moins de supposer encore ici, pour quelques cas, une infection d'origine interne.

On voit chez ces malades l'épiderme se soulever sur une étendue des plus variables; l'ampoule contient un liquide séreux, séro-sanguinolent, qui devient rapidement purulent. Celui-ci perfore soit l'épiderme et s'écoule au dehors, soit le derme, et il envahit la région sous-cutanée : c'est l'abcès en bouton de chemise.

b. *Phlegmon et abcès sous-cutané*. — Ils compliquent souvent une des formes précédentes, ou le panaris d'un doigt. Dans ce dernier cas, c'est le plus souvent un abcès lymphangitique.