

CHAPITRE II
AFFECTIONS INFLAMMATOIRES
ET TROUBLES DE NUTRITION DES MEMBRES

ARTICLE PREMIER

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION
DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Nous diviserons cette étude en trois parties, et nous examinerons successivement les affections inflammatoires et les troubles de nutrition : 1° de la main et des doigts; 2° de la région du coude; 5° de l'épaule et de la cavité axillaire.

I

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION
DE LA MAIN ET DES DOIGTS

1° PANARIS

On désigne sous le nom générique de *panaris* toutes les inflammations phlegmoneuses des doigts, quelle que soit du reste leur nature; de là, un très grand nombre de variétés anatomiques.

Causes. — Le panaris reconnaît habituellement pour cause un traumatisme, non pas un traumatisme grave, large plaie, écrasement des doigts, mais un traumatisme insignifiant en apparence, petite plaie, piqûre, écorchure, et qui ne prend de gravité que parce qu'il a ouvert la porte à une inoculation septique, d'où résultera l'éclosion des phénomènes inflammatoires.

Étant donnée cette origine traumatique du panaris, on ne sera pas étonné que l'homme y soit deux fois plus exposé que la femme, ce qui s'explique par la nature de ses travaux.

Pour la même raison, on comprend que la main droite soit beaucoup plus souvent atteinte que la gauche; M. Polaillon⁽¹⁾, dans sa statistique, a noté 59 panaris siégeant à droite, et 28 seulement du côté gauche. De même, Velpeau a relevé 120 panaris à droite, et 82 à gauche.

Pour ce qui est de la fréquence avec laquelle sont atteints les différents doigts, la statistique démontre que les panaris du pouce sont les plus communs et que la maladie devient de moins en moins fréquente, à mesure qu'on s'approche du bord cubital de la main.

⁽¹⁾ POLAILLON, art. PANARIS du *Dict. encycl.*, t. XX, 2^e série.

FRÉQUENCE DÉCROISSANTE DU PANARIS A PARTIR DU POUCE

	Polaillon.	Velpeau.
Pouce.	55	85
Index.	22	81
Médius.	16	58
Annulaire.	10	56
Auriculaire.	7	8

Les deux statistiques de Polaillon et de Velpeau sont, on le voit, concordantes à cet égard.

Pour ce qui est des professions, celles qui exposent le plus aux inflammations phlegmoneuses des doigts sont celles dans lesquelles se produisent fréquemment de petites blessures et des inoculations septiques de ces organes. Aussi trouve-t-on souvent des panaris chez les cordonniers, les tailleurs, les couturières, les cuisiniers et cuisinières; pour la même raison, on observe fréquemment le panaris chez les pêcheurs; il est, paraît-il, très fréquent à Terre-Neuve.

Division. — D'après la profondeur à laquelle siège l'inflammation, on a établi une division dans l'étude du panaris, et l'on a admis les quatre degrés suivants : *a*, panaris superficiel ou sous-épidermique; *b*, panaris sous-cutané; *c*, panaris des gaines synoviales; *d*, panaris ostéo-périostique.

a. Panaris superficiel. — C'est la plus fréquente de toutes les formes de panaris. Elle a reçu bien des noms différents : panaris sous-épidermique, érysipélateux, tourniole, mal blanc, mal d'aventure.

Tantôt l'inflammation se borne à une rougeur diffuse, étendue à une surface plus ou moins considérable du doigt. C'est, à vrai dire, une lymphangite réticulaire diffuse dont l'origine est dans une petite inoculation septique, bien souvent passée inaperçue. Tantôt l'inflammation pénétrant plus profondément, une exsudation se produit, qui décolle les couches superficielles de l'épiderme du corps muqueux de Malpighi. De là, la formation d'une véritable phlyctène, et la dénomination donnée à cette variété de *panaris phlycténoïde*. Ainsi décollé, l'épiderme épais de la face palmaire des doigts prend une teinte blanchâtre; si l'on fait une ponction dans la vésicule, on en fait sortir un liquide trouble, séro-purulent, contenant fréquemment des grumeaux formés par un mélange de pus et de débris épidermiques. Dans ses degrés les plus légers, le panaris phlycténoïde peut guérir très simplement, soit qu'il y ait eu résorption du liquide exsudé, soit que la vésicule ait été rompue et que le liquide se soit échappé au dehors. Les couches superficielles de l'épiderme détachées se flétrissent et tombent, tandis qu'un épiderme nouveau se forme aux dépens du corps muqueux de Malpighi. Mais, dans d'autres cas, la maladie abandonnée à elle-même ne se termine pas aussi simplement. Bridé par un épiderme épais, le pus tend à se faire jour vers les parties profondes; le corps de Malpighi, le derme lui-même sont ulcérés en totalité, et le panaris superficiel se transforme en un panaris sous-dermique. Si l'on excise alors l'épiderme soulevé par le liquide, on trouve au centre du corps muqueux décollé un orifice bourgeonnant d'où s'écoule le pus, et qui établit une communication dans une grande étendue parfois, avec les couches sous-dermiques. On a, en un mot, sous les yeux cette variété d'abcès à laquelle Velpeau a donné, en raison de sa disposition particulière, le nom d'abcès en bouton de chemise.

Lorsque le panaris superficiel occupe la périphérie de l'ongle ou la matrice de l'ongle elle-même, il constitue une variété nouvelle à laquelle on donne le nom de *panaris péri-unguéal* ou *sous-unguéal*. Parfois aussi, à cause de la tendance qu'il présente à faire tout le tour de l'ongle, on lui donne le nom de *tour-niole*. Le début se fait, soit sur les parties latérales, soit sur la partie postérieure de la matrice unguéale. Lorsque l'inflammation siège au-dessous de l'ongle lui-même, elle détermine des douleurs très violentes, une sensation de battements des plus pénibles. Le pus, en effet, est bridé par l'ongle, jusqu'à ce qu'il vienne faire saillie en avant, au niveau de la pulpe du doigt. Si l'on perfore la phlyctène qui s'est formée en ce point, on constate alors que la suppuration a envahi la matrice de l'ongle en totalité, celui-ci est entièrement décollé; il devra tomber dans la suite, et être remplacé par un ongle de nouvelle formation. Dans des cas moins graves, le décollément de l'ongle n'est pas poussé aussi loin; il pourra continuer à vivre; mais sa nutrition est toujours plus ou moins profondément altérée. De là des sillons, des fissures, des saillies rugueuses, à la surface de l'ongle, qui persistent souvent fort longtemps, et quelquefois même d'une façon définitive. Lorsque l'épiderme soulevé par la sérosité est tombé, il se forme parfois, à la surface du derme ulcéré, sur les parties latérales de la matrice unguéale, de petites végétations extrêmement douloureuses, qu'il est nécessaire de détruire par la cautérisation.

b. *Panaris sous-cutané*. — Comme nous venons de le dire, le panaris sous-cutané peut faire suite au panaris sous-épidermique; dans d'autres cas, l'inflammation siège primitivement dans les couches sous-cutanées. Ce qui le caractérise, ce sont des douleurs, un gonflement, et aussi des phénomènes généraux beaucoup plus marqués que dans le panaris superficiel. Généralement l'inflammation débute, soit au niveau de la pulpe de la troisième phalange, soit dans l'intervalle compris entre deux articulations phalangiennes, à la face palmaire du doigt. Elle donne naissance à un gonflement rénitent, qui fait place au bout de quelques jours à de la fluctuation. Grâce à la laxité du tissu cellulaire qui double la peau de la face dorsale et des régions latérales des doigts, ces régions sont bientôt envahies par l'œdème. De là un gonflement et une rougeur qui pourraient faire que là siège la lésion initiale, si l'on ne connaissait pas la marche spéciale de la maladie, si l'on ne constatait pas qu'à la face palmaire se trouve le maximum de la douleur et du gonflement.

La suppuration est le mode de terminaison habituelle. Ulcérant de dedans en dehors toute l'épaisseur du derme, le pus peut venir soulever sous forme de phlyctène l'épiderme décollé, donnant ainsi naissance à un abcès en bouton de chemise, semblable à ceux dont nous avons parlé à propos du panaris sous-épidermique. Dans d'autres cas, lorsque l'abcès n'est pas ouvert à temps, la suppuration gagne les régions profondes, en donnant lieu, soit à un panaris de la gaine synoviale des doigts, soit à une inflammation ostéopériostique.

Sous le nom de *panaris anthracôïde*, on décrit une variété spéciale du panaris sous-cutané qui s'observe de préférence sur la face dorsale et les parties latérales des doigts. Il se caractérise par un véritable petit furoncle dont le point de départ est le plus souvent dans l'inflammation des glandes sébacées accompagnant les follicules pileux qu'on rencontre sur la face dorsale et les régions latérales des doigts. De là, la formation d'une saillie acuminée, rougeâtre, puis blanchâtre à son sommet, qui s'ouvre pour livrer passage à la suppuration. Tout se borne habituellement aux phénomènes locaux, et, après élimination du bour-

billon, l'ulcération se comble en donnant naissance à une cicatrice très peu visible.

c. *Panaris des gaines synoviales*. — Pénétrant plus profondément, l'inflammation peut gagner les gaines synoviales des doigts. Il peut se faire que la gaine synoviale ait été primitivement intéressée par le traumatisme; mais le plus souvent il s'agit d'une propagation de l'inflammation primitivement développée dans le tissu cellulaire sous-cutané. D'après Dolbeau, ce dernier mode d'origine serait constant. Les symptômes généraux, fièvre, frisson, troubles gastriques, sont ici très marqués; mais ce qui prédomine, c'est une violente douleur due à l'étranglement des tissus par la gaine fibreuse très serrée dans laquelle sont enfermés le tendon fléchisseur et sa gaine synoviale. Le doigt se fléchit à demi en forme de crochet; la gaine synoviale, dans laquelle se produit un épanchement séreux d'abord, puis purulent, se trouve ainsi placée dans le relâchement. Cette flexion du doigt en forme de crochet, et l'impossibilité de le placer dans l'extension complète, sont des signes qui permettent de différencier le panaris de la gaine des autres inflammations du doigt. Si l'inflammation est abandonnée à elle-même, le pus se fait jour, en perforant la gaine synoviale, soit sur la partie moyenne, soit sur les régions latérales du doigt. Mais il est bien exceptionnel de voir la suppuration se tarir aussitôt après l'ouverture spontanée. Habituellement au contraire elle persiste, des clapiers purulents se forment, qui deviennent le point de départ de nouvelles ouvertures fistuleuses. A cette période, le doigt est dans l'extension complète et ne peut plus être fléchi. Boursoufflé par les fongosités en grand nombre développées dans l'intérieur de la gaine synoviale, il semble une éponge purulente, dont la pression fait sourdre le pus par les divers orifices fistuleux. Arrivé à cette période, le panaris de la gaine donne habituellement lieu à la mortification du tendon, qui s'élimine sous la forme d'un paquet jaunâtre, à bords frangés, plus ou moins irréguliers. Souvent la phalange elle-même se nécrose; et c'est seulement lorsque tous les tissus mortifiés ont été éliminés, que la cicatrisation se produit. L'inflammation laisse à sa suite un doigt très déformé, et privé à jamais de ses fonctions, vu la perte de son tendon. Dans les cas les plus favorables, ceux où il n'y a pas eu mortification du tendon, l'inflammation provoque des adhérences unissant entre eux les deux feuillets de la gaine synoviale, et entraînant dans l'avenir une raideur du doigt plus ou moins considérable, plus ou moins prolongée. Ces diverses circonstances font du panaris de la gaine une affection des plus graves. Mais lorsque l'inflammation siège au niveau du pouce ou du petit doigt, il est encore d'autres particularités qui viennent se joindre à celles que nous avons énumérées pour augmenter la gravité de l'affection. Nous voulons parler de la disposition anatomique des gaines synoviales. Tandis qu'au niveau des trois doigts moyens, la gaine synoviale s'arrête à l'articulation métacarpo-phalangienne, celles du pouce et du petit doigt se continuent avec les gaines synoviales carpiennes, qui se prolongent jusqu'au-dessus du ligament annulaire. Il en résulte que l'inflammation développée dans les gaines synoviales de ces deux doigts se propage à l'intérieur de la main et jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras.

d. *Panaris ostéo-périostique (ostéomyélite des phalanges)*. — L'inflammation débutant par les gaines synoviales peut se propager aux phalanges dont elle amène fréquemment la nécrose; mais nul doute que, dans bon nombre de cas, l'inflammation ne se développe primitivement dans les parties osseuses. Ce serait même là la règle, d'après M. Lannelongue, qui a inspiré sur ce sujet la

thèse de Camps (1). Déjà M. Duplay avait attiré l'attention sur ce fait que les petits os longs constituant les phalanges et les métacarpiens pouvaient être atteints d'ostéite épiphysaire comme les grands os longs des membres; ses idées à cet égard ont été défendues dans la thèse de son élève, M. Cottin (2). L'analogie du panaris osseux avec l'ostéomyélite infectieuse a été également défendue par M. Verneuil qui a observé un certain nombre de panaris s'accompagnant d'une infection générale, collections purulentes à distance, arthrites suppurées, albuminurie. Il a fourni sur ce sujet à M. L.-H. Petit les éléments d'un travail qui a été communiqué par lui au Congrès de Nancy (3). Des faits de même ordre ont été publiés par M. Mignon (4), un, entre autres, ayant trait à un jeune homme de vingt-cinq ans, chez lequel on vit se développer, à la suite d'un panaris, un abcès périnéphrétique.

C'est le plus souvent à la suite d'un traumatisme, d'une piqûre septique, que se montre l'ostéomyélite des phalanges. Elle est très fréquente, en particulier, au niveau de la phalange unguéale du pouce, où elle se termine habituellement par nécrose. J'ai attiré l'attention de la Société de chirurgie sur la possibilité de confondre l'ostéomyélite primitive des phalanges avec un simple panaris sous-épidermique : Un jeune garçon atteint d'ostéomyélite du tibia présentait secondairement un panaris de la phalange unguéale du pouce gauche; il existait au côté externe de l'ongle une petite phlyctène ayant toutes les apparences d'un panaris sous-épidermique. Néanmoins je pratiquai immédiatement sur la face antérieure et médiane de la phalange unguéale un débridement profond comprenant le périoste et allant jusqu'à l'os. Grand fut mon étonnement de ne voir s'écouler aucun liquide. Détachant alors l'épiderme qui recouvrait la petite phlyctène mentionnée plus haut au côté externe de l'ongle, je découvris en ce point un petit orifice par lequel un stylet engagé vint sortir dans la plaie de la face antérieure du doigt; ainsi se trouvait vérifié le diagnostic. J'ai vu d'autres faits semblables; il est bon d'être prévenu de leur existence pour ne pas traiter comme un simple panaris sous-épidermique ce qui est en réalité un panaris ostéo-périostique, et éviter, par un débridement hâtif allant jusqu'à l'os, la nécrose de la phalange.

Complications des diverses formes de panaris. — Les diverses formes de panaris que nous venons d'exposer peuvent donner naissance à des complications qui ajoutent encore à leur gravité. S'agit-il de malades albuminuriques, et surtout diabétiques, l'inflammation peut revêtir la forme gangreneuse. Dans d'autres cas, la gangrène est la conséquence, non d'un mauvais état général du sujet, mais de la nature septique de l'inflammation, succédant à une inoculation traumatique. Cette même condition peut donner naissance à l'érysipèle, ou au phlegmon diffus, surtout si, dès le début, on n'a pas eu recours à un pansement convenable.

Il est une autre complication du panaris à laquelle nous avons fait précédemment allusion, et qui trouve dans les notions anatomiques son interprétation; nous voulons parler des fusées purulentes qui se forment parfois dans les gaines

(1) CAMPS, *Du panaris profond ou ostéomyélite des phalanges*. Thèse de doct. de Paris, 1885, n° 225.

(2) COTTIN, *Ostéite épiphysaire des phalanges et des métacarpiens*. Thèse de doct. de Paris, 1879.

(3) L.-H. PETIT, *Panaris osseux et ostéomyélite infectieuse*. Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, session de Nancy, 1886.

(4) MIGNON, *Du panaris infectieux*. *Bull. méd.*, 27 avril 1890, n° 54, p. 585.

synoviales de la main et du poignet, au cours du panaris du pouce ou du petit doigt. L'inflammation propagée aux gaines synoviales se traduit par un gonflement limité à la région thénar ou à la région hypothénar, suivant que c'est la gaine du pouce ou celle du petit doigt qui a été primitivement envahie. Plus tard, la partie antibrachiale de la synoviale se distendant, une tuméfaction se forme au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, soit en dedans, soit en dehors, suivant que la collection est développée dans la gaine des fléchisseurs communs, ou dans celle du fléchisseur propre du pouce. La fluctuation peut être transmise, par des pressions alternatives, de la portion palmaire à la portion antibrachiale de la collection purulente. Il se peut qu'une communication existant à l'état normal entre les deux synoviales de la main, ou bien l'inflammation se propageant par voisinage de l'une à l'autre, les deux gaines du pouce et du petit doigt soient atteintes simultanément. Il se peut également que le pus, franchissant la barrière que lui forme le cul-de-sac supérieur de la synoviale, s'infilte dans les espaces intercellulaires profonds de l'avant-bras, et donne naissance à un phlegmon diffus qui se propage jusqu'au niveau du coude. Dans les cas auxquels nous faisons allusion, il est possible, après l'incision de la collection purulente au-dessus du ligament annulaire, de faire glisser dans la gaine synoviale un stylet et de le faire ressortir par une incision existant au niveau du pouce ou du petit doigt; il est possible également d'unir entre elles ces deux incisions à l'aide d'un drain, de voir s'écouler par l'une d'elles le liquide injecté par l'autre incision. De sorte que, pour ces cas, il n'existe aucun doute sur la réalité de la propagation à l'intérieur même des gaines synoviales. Mais, à côté de ces faits, il en est d'autres dans lesquels un semblable mécanisme ne saurait être invoqué. Ce sont ceux où des fusées purulentes se montrent à la suite du panaris d'un des trois doigts moyens; ici, pas de propagation possible par les gaines, puisque les synoviales de ces doigts ne communiquent pas avec la grande gaine carpienne. De même aussi, des fusées purulentes profondes peuvent se développer à l'avant-bras, dans ces cas où les gaines synoviales des doigts n'ont pas été intéressées; enfin, il est des cas où, à l'autopsie, on a pu constater que les fusées purulentes siégeaient en dehors des gaines elles-mêmes. Pour ces faits, on est obligé d'admettre la théorie qui a été formulée par Dolbeau (1), et que cet auteur a cherché à substituer à celle de la propagation par les gaines synoviales. D'après lui, la suppuration à distance, qui vient compliquer les inflammations phlegmoneuses des doigts, a son origine dans une propagation par la voie lymphatique; ses idées ont été développées dans la thèse de son élève, le docteur Chevalet (2). M. Polaillon (3) dit avoir observé un panaris de l'index, « dans le cours duquel il dut ouvrir un abcès profond à la partie supérieure de l'avant-bras. Cet abcès avait été précédé des phénomènes d'un phlegmon sous-aponévrotique. Il était manifestement le résultat d'une angioleucite profonde, devenue suppurative. » Du reste, il ne faut pas oublier qu'il existe des connexions intimes entre les membranes synoviales et le système lymphatique; de sorte que, dans certains cas, il est bien difficile de dire lequel de ces deux éléments anatomiques a été envahi le premier. Néanmoins ce

(1) DOLBEAU, *Mémoire sur les abcès profonds de l'avant-bras, consécutifs aux blessures des doigts*. *Bull. de thérap.*, 20 fév. 1872, p. 158.

(2) CHEVALET, *Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur*. Thèse de doct. de Paris, 1875.

(3) POLAILLON, art. PANARIS du *Dict. encycl.*