

jamais compromises. Mais dans l'immense majorité des cas, l'inflammation arrive à la suppuration. Déjà nous avons parlé de la tuméfaction causée par les prolongements de la synoviale au-dessus du ligament annulaire; dépassant les limites du cul-de-sac synovial, le pus peut se répandre dans les interstices cellulaires de l'avant-bras et y provoquer un phlegmon diffus; les tendons finissent par se sphaceler; le pus stagnant dans des clapiers nombreux et anfractueux donne naissance à tous les accidents de la septicémie; les os et les articulations elles-mêmes sont envahies, au point que le sacrifice du membre peut devenir nécessaire.

Le diagnostic entre les deux formes de phlegmon profond que nous venons d'esquisser rapidement repose surtout sur ce fait que, dans le phlegmon du tissu cellulaire sous-aponévrotique, le gonflement de la paume de la main est beaucoup plus marqué que dans le phlegmon des gaines; de bonne heure aussi, le phlegmon du tissu cellulaire s'accompagne de gonflement, de rougeur et d'œdème sur la face dorsale de la main, phénomène qu'on ne retrouve pas, du moins pas au même degré, dans le phlegmon des gaines. Enfin, dans cette dernière forme de l'inflammation, les doigts sont complètement immobiles et recourbés en crochet, tandis que, dans le phlegmon du tissu cellulaire, les mouvements des doigts sont beaucoup plus libres, et la première phalange seule se place dans la flexion sur le métacarpien correspondant.

Traitement. — Les règles applicables au traitement des diverses variétés de phlegmon de la main sont les mêmes que celles que nous avons précédemment exposées à propos du panaris. L'ouverture des collections purulentes profondes est une opération qui ne laisse pas que d'être assez délicate, vu la nécessité de ménager les artères et nerfs importants de la paume de la main. S'il s'agit d'une collection purulente développée dans les gaines synoviales, on fera d'abord une incision longitudinale au-dessus du ligament annulaire, en épargnant les tendons des muscles de l'avant-bras. Par l'ouverture ainsi établie, on glissera une sonde cannelée dont l'extrémité vient faire saillie à la face palmaire de la main, au-dessous du pli moyen. Sur l'extrémité saillante de la sonde cannelée, on pratique couche par couche une contre-ouverture; puis, la cannelure de la sonde sert à conduire un stylet aiguillé, entraînant à sa suite un drain dont les deux extrémités sont réunies en anse. Mais, dans un grand nombre de cas, l'opération est plus simple; la suppuration des gaines étant consécutive à un panaris du pouce ou du petit doigt, déjà la gaine a été ouverte par une première incision au niveau de la base du doigt, ou à son extrémité. Il suffit de glisser le stylet et la sonde cannelée par cette première incision digitale pour établir une contre-ouverture au-dessus du ligament annulaire, ce qui est infiniment moins dangereux, au point de vue des lésions possibles des nerfs et des vaisseaux.

Lorsque le phlegmon occupe le tissu cellulaire sous-aponévrotique, les incisions doivent être faites avec les mêmes précautions. Elles siégeront au-dessous du pli moyen de la main, dans le but d'éviter l'arcade palmaire superficielle; de même, on évitera les espaces interdigitaux dans la crainte de blesser les vaisseaux et nerfs collatéraux des doigts; les incisions seront faites verticalement, de haut en bas et suivant l'axe de chaque doigt. On se rappellera que, dans cette variété de phlegmon, de très bonne heure le pus passe à la face dorsale; on explorera donc avec attention cette dernière pour y pratiquer les débridements;

et, au besoin même, on réunira par le drainage les incisions dorsales et palmaires.

Il est une variété de phlegmon profond dont le point d'ouverture spécial mérite d'être bien connu; nous voulons parler du phlegmon de la région thénar. Distendue par le pus, la région prend un volume énorme et semble une éponge gorgée de liquide. Inciser au niveau de l'éminence thénar elle-même obligerait à faire une plaie énorme et à sectionner tous les muscles du pouce; on s'exposerait en outre à diviser l'artère radio-palmaire; attaquer la région par sa face dorsale, ce serait s'exposer à blesser l'artère radiale au moment où elle traverse le premier espace interosseux. Le véritable point d'élection pour l'ouverture des phlegmons profonds de la région thénar, c'est la commissure interdigitale. En dirigeant son incision parallèlement à cette commissure, on pénètre dans la nappe de tissu cellulaire existant entre l'adducteur du pouce et le premier interosseux dorsal, et l'on peut ainsi évacuer tout le pus qui infiltre la région. Ce mode d'incision nous a toujours bien réussi dans les quelques cas de phlegmons profonds de l'éminence thénar qui se sont présentés à notre intervention.

3^e PANARIS ANALGÉSIQUE OU MALADIE DE MORVAN

Nous avons à dessein distrait de l'étude du panaris en général celle de cette affection particulière qu'on a décrite sous le nom de panaris analgésique. Il s'agit là en effet d'une affection spéciale, occupant une place à part dans le cadre nosologique.

C'est au docteur Morvan (de Lannilis) qu'appartient le mérite d'avoir, pour la première fois, donné la description de cette forme du panaris. Il en a fait, en 1885, une étude fort importante dans la *Gazette hebdomadaire*⁽¹⁾; aussi donne-t-on parfois à cette affection le nom de maladie de Morvan.

L'affection se caractérise par de nombreux phénomènes trophiques. C'est ainsi qu'on rencontre une parésie plus ou moins étendue de l'avant-bras, avec atrophie musculaire et analgésie. Il faut y joindre des gercures, des phlyctènes avec exulcérations, déformation des ongles. Parfois aussi on note une coloration violacée des téguments, avec abaissement de la température et sudation exagérée. On a vu se produire un gonflement total de l'extrémité supérieure, surtout au moment de l'apparition du panaris. Quant à ce dernier, il a pour caractère d'être en général complètement indolent; on voit des malades supporter, sans accuser la plus légère douleur, les incisions les plus profondes et les plus étendues. Le plus habituellement, le panaris se termine par la nécrose; six fois, cependant, Morvan a noté l'existence de panaris superficiels sans nécrose. Comme les panaris analgésiques sont multiples, on voit des malades qui perdent ainsi successivement plusieurs doigts, et qui sont réduits à la plus triste infirmité.

Il existe parfois aux doigts des gercures profondes qui peuvent ouvrir la gaine des tendons fléchisseurs. On a noté aussi la fragilité spéciale des os, et, dans un cas, l'existence d'une fracture spontanée. Bien d'autres troubles trophiques ont été rencontrés en coïncidence avec la variété de panaris que nous étudions en ce moment. De ce nombre sont les hématomés, la scoliose, les

⁽¹⁾ MORVAN (de Lannilis), *De la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou parésio-analgésie des extrémités supérieures. Gazette hebdom., 1885.*

arthropathies, des troubles divers des organes des sens, diminution du goût, de l'ouïe, de l'odorat, affaiblissement de la vue, rétrécissement du champ visuel. L'affection débute par l'un des membres supérieurs. Elle est annoncée tout d'abord par des douleurs névralgiques, qui font place à l'analgésie: enfin se montrent les panaris successifs. Elle peut au bout d'un certain temps envahir l'autre côté du corps; sa marche est progressive et elle n'a pas tendance à la guérison.

Bien que ce panaris puisse se développer pendant toute la durée de l'existence, et sans cause apparente, on peut cependant lui assigner comme causes prédisposantes un traumatisme antérieur, le jeune âge et le sexe masculin.

Pour ce qui est de la nature même de la maladie, les opinions ont singulièrement varié, et la science n'est pas encore fixée d'une façon définitive. Dans un premier cas de MM. Monod et Reoul, l'anatomie pathologique permit de constater sur les nerfs collatéraux des doigts les lésions de la névrite⁽¹⁾. Mais une seconde autopsie faite par M. Gombault⁽²⁾ vint montrer, outre les caractères des névrites périphériques, une sclérose médullaire existant dans la région cervicale. Plus tard enfin, l'étude anatomo-pathologique d'un cas de maladie de Morvan, faite par MM. Joffroy et Achard, vint démontrer la similitude des lésions qui caractérisent cette affection avec celles de la syringomyélie⁽³⁾. On en arriva même à faire purement et simplement de la maladie de Morvan une modalité clinique de la syringomyélie; telle est la conclusion formulée dans ses *Leçons* par M. Charcot⁽⁴⁾. D'autre part, certains auteurs, frappés des analogies qui existent entre la maladie de Morvan et la lèpre anesthésique, en sont venus à se demander s'il n'y avait pas identité de nature entre les deux affections. De son côté cependant, M. Morvan persiste à croire que tous les efforts faits pour assimiler le syndrome clinique qu'il a fait connaître avec d'autres affections ne sont pas justifiés; pour lui, il y a bien véritablement une entité morbide spéciale, à laquelle convient le nom de maladie de Morvan.

Il nous suffit d'avoir brièvement indiqué l'état de la question; nous n'avons nullement la prétention de faire ici de la maladie de Morvan une étude spéciale; nous devons seulement signaler cette variété particulière de panaris, décrite par l'auteur sous le nom de panaris analgésique. Lors donc qu'on se trouvera en présence de panaris multiples chez un même sujet, lorsque l'analgésie accompagnera cette variété d'inflammation d'ordinaire si douloureuse, il faudra se tenir en garde et examiner soigneusement le malade pour se rendre compte s'il n'existe pas chez lui d'autres troubles trophiques se rapportant au syndrome clinique décrit par le docteur Morvan⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ MONOD ET REOUL, *Contribution à l'étude du panaris analgésique*. Arch. de méd., 1888, t. II, p. 28.

⁽²⁾ GOMBAULT ET REOUL, *Un cas de maladie de Morvan suivi d'autopsie*. Gazette hebdomadaire, 1889, p. 508 et 518.

⁽³⁾ JOFFROY ET ACHARD, *Un cas de maladie de Morvan avec autopsie*. Arch. de méd. expér., 1890, p. 540, et Bull. de la Soc. de méd. des hôp., 11 juillet 1890, p. 640.

⁽⁴⁾ CHARCOT, *Sur la maladie de Morvan*. Progrès méd., 15 et 22 mars 1890, et Gazette hebdomadaire, 11 avril 1891, n° 15.

⁽⁵⁾ Outre les auteurs que nous avons précédemment cités, voyez sur la maladie de Morvan une revue générale de VERCHÈRE dans la *Revue des sciences médicales*, t. XXXVIII, 1^{er} fasc., 15 juillet 1891.

4^o OSTÉO-PÉRIOSTITE TUBERCULEUSE DES DOIGTS ET DES MÉTACARPIENS
OU SPINA VENTOSA

Sous la dénomination vague de *spina ventosa*, les anciens ont décrit les affections les plus dissemblables, dont les unes sont des maladies inflammatoires, les autres des enchondromes ou même des ostéo-sarcomes. Ce mot ne doit aujourd'hui rester dans la science que pour désigner ces ostéo-périostites tuberculeuses des phalanges et des métacarpiens qu'on observe si fréquemment chez les enfants, beaucoup plus rarement chez l'adulte et chez le vieillard.

L'affection se caractérise au début par un gonflement fusiforme du doigt ou du métacarpien, sans altération des téguments et elle peut persister pendant très longtemps sous cette forme. Dans les cas les plus favorables, il peut se faire que le gonflement diminue et que la résolution se fasse progressivement. Mais habituellement il n'en est pas ainsi; on voit, au contraire, la peau s'amincir, prendre une coloration violacée, un aspect luisant et la période d'ulcération faire place au stade de gonflement. C'est toujours sur la face dorsale ou sur les parties latérales des doigts que se fait l'ulcération, jamais sur la face palmaire. Elle revêt généralement une forme arrondie, à bords amincis, décollés, et livre passage à un pus séreux. Son fond est rempli de fongosités mollasses, d'une coloration gris-rougeâtre. Le stylet enfoncé dans l'épaisseur de ces fongosités pénètre aisément jusqu'à l'os; parfois même il entre dans l'intérieur de la cavité médullaire, grâce à l'existence d'une ou plusieurs perforations spontanées de la coque osseuse.

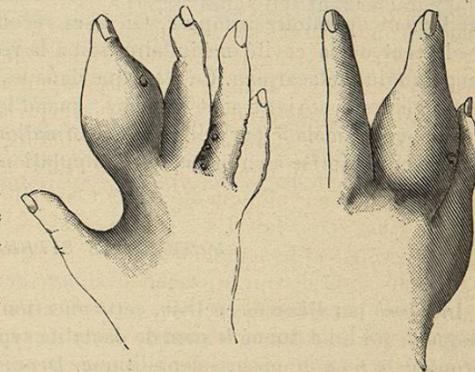


FIG. 41. — Spina ventosa. (Parrot.)

Même à cette période, la guérison est possible; les parties nécrosées s'éliminent, et il reste une cicatrice déprimée, adhérente à l'os sous-jacent. Mais le plus souvent la maladie s'aggrave, les articulations voisines sont envahies; il en est de même des tendons extenseurs, et la guérison ne peut plus se produire que dans la flexion forcée du doigt.

Déjà la nature tuberculeuse du *spina ventosa* avait été soupçonnée par Nélaton; elle a été démontrée d'une manière définitive par les recherches de Parrot⁽¹⁾ et celles de M. Lannelongue. Ce dernier auteur a appelé l'attention devant le *Congrès de chirurgie* sur les déformations de la main et des doigts qui peuvent succéder au *spina ventosa*⁽²⁾. Les modifications du côté du périoste et des cartilages épiphysaires qu'entraîne nécessairement l'ostéite tuberculeuse peuvent avoir pour conséquence, soit l'augmentation, soit la diminution de longueur du doigt correspondant. Toutefois, comme le fait remarquer M. Lan-

⁽¹⁾ PARROT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 580.

⁽²⁾ LANNELONGUE, *Sur quelques déformations permanentes des doigts et de la main, déterminées par la tuberculose de ces organes*. Congrès franç. de chir., 1889, p. 55.