

la région de l'avant-bras. Mais même pour les trois doigts mentionnés en premier lieu, la barrière qui doit empêcher l'extension de l'inflammation, est loin d'offrir une solidité à toute épreuve; en effet, le phlegmon se propage facilement dans la portion de la gaine située sous l'aponévrose palmaire ainsi que dans le tissu conjonctif environnant, et il arrive même parfois que le processus inflammatoire envahit la gaine tendineuse depuis le bout du doigt jusqu'à la limite supérieure indiquée plus haut, et se porte ensuite de la main dans la gaine tendineuse d'un doigt voisin.

Mais, dans les cas graves, l'inflammation ne reste pas limitée à la grande bourse séreuse de la paume de la main. Elle se propage plus haut, du côté de l'avant-bras et suit les voies du tissu conjonctif intra et intermusculaire. En même temps le tendon lui-même est plus ou moins affecté suivant la gravité de la suppuration. Certaines suppurations des gaines tendineuses peuvent tout aussi bien que la synovite catarrhale des articulations, se terminer par la résorption de l'exsudat sans que le tendon lui-même soit gravement affecté. Après la disparition du pus il se produit tout au plus une synéchie partielle ou diffuse de la gaine avec le tendon. On ne connaît pas toujours bien les circonstances qui favorisent, dans certains cas, le sphacèle rapide du tendon. Dans nombre de cas, et surtout lorsqu'une infection septique et putride grave est en jeu, le sphacèle est décidé dès le début de la suppuration. D'autres fois, le sphacèle est dû à la longue durée de la suppuration ou à la putréfaction du pus qui a succédé à l'ouverture de l'abcès. Avec le traitement antiseptique, la nécrose des tendons est évidemment beaucoup plus rare. Lorsque la nécrose se produit, la suppuration envahit le tendon lui-même en s'attaquant au tissu conjonctif lâche qui unit entre elles ses fibres résistantes. Le sphacèle peut rester circonscrit ou se propager le long du tissu conjonctif lâche interfibrillaire. La partie nécrosée est détachée, grâce à la formation d'une zone de granulations, à la limite de l'inflammation purifiée, et constitue une sorte de corps étranger dans l'intérieur de la gaine tendineuse. Le peuple a donné le nom de « ver » à ces lambeaux de tendons nécrosés qui sont éliminés au dehors, par les orifices des fistules; ce même nom a été aussi souvent employé pour désigner la maladie dans laquelle se produisait cette nécrose, c'est-à-dire le *panaris*. En général, dès que le « ver » a été éliminé, la suppuration ne tarde pas à s'arrêter. Les parties conservées du tendon se soudent avec la gaine qui les entoure; celle-ci se remplit de bourgeons charnus et se ratatine, par suite de la rétraction cicatricielle qui s'empare de la gaine elle-même et du tissu environnant. Il va sans dire que la rétraction du tendon a pour conséquence l'abolition des mouvements des doigts et un état de rigidité de ces derniers.

Abstraction faite des formes catarrhales légères qui ont une tendance à la guérison spontanée, les symptômes des processus inflammatoires

que nous venons de décrire, sont ceux d'une suppuration dans le domaine du tendon combinée avec les signes d'un phlegmon des tissus voisins de la gaine tendineuse. Au niveau des doigts on observe une tuméfaction du tissu qui entoure la gaine synoviale, et lorsque l'affection intéresse le tendon fléchisseur, cette tuméfaction apparaît non-seulement à la face palmaire, mais aussi à la face dorsale du doigt; la peau devient rouge et offre l'aspect du phlegmon.

Dans les cas graves le pus pénètre aussi dans l'articulation, et l'on observe alors les symptômes de l'arthrite suppurée avec nécrose plus ou moins étendue des extrémités articulaires, ou bien une phalange est frappée de périostite suppurée et de nécrose. Si la suppuration se propage de bas en haut dans l'intérieur de la gaine synoviale, la main se tuméfie fortement; parfois le gonflement ne se montre tout d'abord à un degré notable qu'à la face dorsale de la main, alors que le processus inflammatoire siège dans la région des tendons fléchisseurs; de la bourse séreuse palmaire, l'inflammation peut se propager au devant de l'articulation du poignet jusque dans l'avant-bras. Le pus se fait alors jour au dehors ou vient former des abcès à côté de la gaine tendineuse; après l'ouverture et l'évacuation de ces foyers purulents, on voit se former sans cesse de nouveaux abcès et des fistules multiples, aussi longtemps que le tendon nécrosé n'a pas été éliminé. Pendant cette seconde période, plutôt chronique, la région malade, et plus souvent la main toute entière, restent considérablement tuméfiées, et offrent les signes de l'œdème et une coloration violacée; le pus revêt le plus souvent le caractère putride, sous l'influence des mauvaises conditions d'écoulement. Il va sans dire qu'au début principalement, ces processus inflammatoires s'accompagnent parfois de douleurs extrêmement vives, et que l'intensité de la fièvre est en rapport avec l'extension des phénomènes de suppuration septique. Elle débute assez souvent par un frisson, et présente des températures élevées, continues, pour revêtir bientôt le caractère rémittent. L'érysipèle et la pyémie métastatique viennent, dans plus d'un cas, compliquer l'inflammation diffuse, et font courir au malade un très grand danger; d'autre part, les fonctions de la partie privée de son tendon, sont toujours fortement compromises.

Nous aurons à revenir plus tard sur le traitement des tendo-vaginites compliquant le panaris, et, d'autre part, nous retrouverons cette affection dans un groupe de processus inflammatoires de la main qui suivent essentiellement la voie des tendons, mais dans lesquels la maladie générale, l'infection, domine à tel point la scène pathologique, que l'inflammation des gaines tendineuses n'a en somme qu'une importance secondaire, d'autant plus que les autres tissus servent également de voies de propagation à l'affection locale. Il s'agit, en effet, du *phlegmon diffus du membre supérieur*.

Le traitement est, d'une manière générale, essentiellement opéra-



toire. Des incisions et contre-incisions pratiquées de bonne heure avec les précautions antiseptiques et suivies de la désinfection du foyer de suppuration, les mesures propres à assurer la libre écoulement du pus (bonne position du membre, situation convenable des ouvertures, drainage), l'application de glace, et parfois, dans les cas ayant une tendance à la chronicité, les badigeonnages de teinture d'iode, tels sont les moyens qui permettent d'obtenir les meilleurs résultats. Dans les cas d'œdème considérable et de phlegmon de la main, la suspension verticale agit le plus souvent comme par enchantement ; c'est à VOLKMANN que nous en devons l'introduction dans la pratique de ce moyen de traitement sur lequel nous reviendrons à propos du panaris ; mais surtout, nous parlerons alors des excellents effets obtenus dans la ténosynovite par l'application de la méthode antiseptique modifiée suivant les circonstances (voir § 130). L'ablation du tendon nécrosé est toujours promptement efficace, mais elle ne doit pas être tentée avant que la partie mortifiée se soit vraiment détachée. Les cas particulièrement défavorables sont ceux dans lesquels le phlegmon suppuré envahit sans cesse de nouvelles portions du tendon.

Dans le cours du traitement, on aura soin de donner à la main et aux doigts une position convenable, au moyen du pansement.

§ 127. — Les métacarpiens et les phalanges sont parfois le siège d'une ostéomyélite aiguë spontanée indépendante, qui peut être suivie d'une nécrose étendue ou circonscrite. Cette affection n'offre rien de particulier et doit être traitée comme l'ostéomyélite et la nécrose d'autres segments du squelette.

Bien plus souvent, on voit un panaris se compliquer secondairement d'une périostite aiguë suppurée étendue à toute une phalange. La marche de cette dernière affection est alors, en général, très rapide, et comme le panaris se développe souvent à l'extrémité inférieure de la dernière phalange, c'est cette dernière qui est le plus habituellement frappée de nécrose ; celle-ci s'étend jusqu'à l'articulation voisine et il se produit alors assez souvent, surtout chez les individus jeunes, une nécrose épiphysaire de la portion articulaire de la seconde phalange. Les symptômes sont alors très caractéristiques ; la dernière phalange se tuméfie en forme de massue, et de très bonne heure, on constate que l'os est dénudé au moyen d'un stylet introduit dans la fistule formée spontanément ou produite par le bistouri du chirurgien. La phalange nécrosée se détache, en général, rapidement des tissus voisins, et l'extraction de cet os est suivie de guérison au bout de peu de temps. Qu'on ne s'attende pas ici à une régénération de l'os, laquelle ne s'opère, en tout cas, que d'une façon incomplète. Après l'extirpation des parties malades, le bout du doigt subit une rétraction cicatricielle et ne se guérit qu'au prix d'un raccourcissement et d'une déformation. Les suppurations des gaines tendineuses et des articulations des autres phalanges provoquent aussi assez

souvent des nécroses qui, en général, se présentent sous la forme circonscrite.

Il existe une affection des métacarpiens et des phalanges particulière aux enfants. Elle s'observe le plus souvent chez des enfants scrofuleux ou présentant des foyers de tuberculose dans d'autres parties du corps, et de nos jours encore, elle est connue sous le nom de *spina ventosa*, qui caractérise bien tout au moins l'aspect de l'os malade, lequel, en effet, semble avoir été comme soufflé. Le *spina ventosa* est une ostéomyélite granuleuse chronique. Les granulations de la cavité médullaire parsemées de nombreux tubercules miliaires, font disparaître la substance compacte de l'os, tandis que le périoste est le siège d'une néoplasie, en général peu abondante, de tissu osseux, d'où l'intumescence de la phalange. Dans ce processus, l'os est donc d'ordinaire simplement rongé par les granulations en voie de prolifération ; parfois seulement, on rencontre au milieu de ces dernières, de petites parcelles d'os nécrosées. Il est beaucoup plus rare d'observer une nécrose d'une certaine étendue, et dans ce cas, la production de tissu osseux par le périoste est, en général, plus abondante. Le *spina ventosa* se développe assez souvent simultanément dans plusieurs phalanges de l'extrémité supérieure, et même aussi de l'extrémité inférieure. Parfois des phénomènes analogues de prolifération granuleuse et tuberculeuse se produisent dans des os plus volumineux et les articulations correspondantes.

La phalange malade se tuméfie dans sa totalité en forme de massue ou de bouteille. Cette tuméfaction est parfois élastique et peut être déprimée sous le doigt ; dans d'autres cas, elle est dure, résistante, et les parties molles qui la recouvrent sont œdématisées. Le plus souvent, la maladie se développe et suit son cours sans s'accompagner d'aucune douleur. Elle peut s'arrêter à la période d'intumescence et subir peu à peu la régression, sans passer par la suppuration. Dans d'autres cas, il se produit une fistule qui, tantôt guérit bientôt sans exiger d'intervention opératoire, tantôt ne se ferme qu'à la suite de l'extraction d'un petit séquestre superficiel, tantôt enfin, reste ouverte très longtemps et met en communication avec l'extérieur la cavité médullaire dilatée et remplie de granulations. Rarement on observe une suppuration étendue. Dans tous les cas, le processus tuberculeux peut envahir les articulations voisines, et y provoquer le développement de ces mêmes granulations qui entraînent la destruction de l'appareil articulaire. Dans quelques cas, il est vrai, il ne se produit qu'une simple synéchie de l'articulation.

Dans les cas de régression du processus pathologique que nous venons de décrire, la guérison parfaite est rare et s'observe surtout lorsque l'affection n'a pas donné lieu à la formation de fistules ni à aucune suppuration en général ; le plus souvent, par contre, la phalange guérit avec plus ou moins de déformation ; elle s'amincit, se raccourcit et le doigt se recourbe d'une façon anormale.