

depuis la paume de la main jusqu'au-dessus du poignet, bientôt il détruit le cul-de-sac supérieur de la gaine et pénètre dans le tissu connectif intermusculaire de tout l'avant-bras et peut remonter jusqu'au coude. Dans la paume de la main, si le chirurgien ne lui donne pas issue, le pus détruit tout le tissu connectif de la région, les petits vaisseaux nourriciers des organes voisins sont oblitérés, les tendons se nécrosent, les muscles interosseux se stéatosent. La main tout entière est alors extrêmement gonflée; le pus finit par se frayer un passage à travers les fibres de l'aponévrose palmaire, puis à travers la peau et par les ouvertures multiples de celle-ci, l'on voit au milieu des flots de pus sortir des lambeaux sphacelés, des débris de tendons nécrosés, etc. Le membre est perdu et souvent le malade succombe à la septicémie; alors même que la guérison se ferait, les tendons englobés dans un tissu de cicatrice rétracté ne permettraient plus l'usage des doigts et les fonctions de la main seraient abolies.

Aussi dès que l'on aura reconnu l'existence du pus faudra-t-il opérer. Le diagnostic n'est pas toujours facile, et l'on peut hésiter au premier abord entre un phlegmon sous-cutané et un phlegmon profond. Ce qui fixera surtout le chirurgien, c'est que dans ce dernier cas le gonflement est bilobé au-dessus et au-dessous du ligament annulaire qui bride les tendons et leurs gaines, lorsque le pus sera formé on pourra en constater la fluctuation à l'avant-bras et au poignet, et l'on pourra le faire refluer en partie au moins vers la paume, et inversement de celle-ci vers l'avant-bras.

Traitement. — Il faudra au début tenter comme dans le cas de phlegmon sous-cutané de faire avorter l'inflammation, par les mêmes moyens que nous avons indiqués. On y arrivera très rarement et dès que l'on aura la certitude de la présence du pus, on incisera couche par couche avec grand soin pour éviter l'arcade palmaire, superficielle et les nerfs. On pratiquera toutes les contre-ouvertures nécessaires, à la main, à l'avant-bras, on passera des drains; deux ou trois fois par jour on fera prendre au malade des bains de bras antiseptiques; on injectera à travers les drains des liquides détersifs, on se servira en un mot de toutes les ressources que nous fournissent les méthodes nouvelles, et cela jusqu'à guérison complète et oblitération de toutes les fistules. En même temps on soutiendra par les toniques les forces du malade. Plus tard on luttera contre les raideurs des doigts et de la main, par le massage, les douches, l'électrisation des muscles atrophiés, etc.

Panaris. — Cette affection si fréquente n'est autre que l'inflammation des parties molles des doigts; elle survient d'ordinaire à la suite de piqûres, d'écorchures, de contusions des extrémités digitales. Le panaris peut donc être *sous-épidermique*, quand c'est la couche de Malpighi qui est enflammée; *sous-cutané*, quand c'est le tissu connectif

sous-cutané; *profond*, quand c'est la gaine du tendon ou le périoste de la phalange qui sont enflammés.

Panaris sous-épidermique, tourniole. — Quelquefois l'affection se borne à une rougeur sombre de l'extrémité du doigt, avec douleurs, induration des tissus, bientôt tout rentre dans l'ordre, c'est le *panaris érythémateux*. A cet état peut faire suite, comme aussi elle peut s'établir spontanément, une forme plus accentuée, la *forme phlycténoïde*, dans laquelle l'épiderme de tout le pourtour du doigt est soulevé par de la sérosité ou par du pus, la phalange est alors très douloureuse; le liquide peut s'écouler par rupture spontanée de la phlyctène, mais mieux vaut lui donner issue par une petite ponction, cette forme de panaris peut, en effet, devenir un panaris profond par extension de l'inflammation. Quand enfin, ce qui n'est pas rare, c'est le pourtour de la matrice unguéale qui est le point de départ de l'inflammation, le *panaris sous-unguéal* envahit toute cette zone, la suppuration une fois évacuée laisse voir un bourrelet fongueux saignant au moindre contact, qui entoure la matrice et qui peut faire tomber l'ongle, tout comme la suppuration de la matrice le fait souvent, directement.

Traitement. — Au début, des émoullents, cataplasmes, etc., des bains antiseptiques du doigt malade; l'évacuation de la sérosité ou du pus, la cautérisation des fongosités et un pansement antiseptique auront facilement raison de ces petits accidents. Il ne faut pas les négliger pour éviter la chute de l'ongle.

Panaris sous-cutané. — Très souvent c'est consécutivement à un panaris sous-épidermique, à une tourniole que l'inflammation gagne le tissu cellulaire sous-cutané, souvent aussi c'est à la suite d'inflammation des bourses séreuses qui existent au-dessous des durillons professionnels que si souvent on rencontre au niveau des plis palmaires des phalanges; d'autres fois encore une piqûre septique a pénétré jusqu'à cette profondeur et le panaris sous-cutané se produit.

Il se manifeste au début par des douleurs lancinantes, pulsatiles, par un gonflement et une rougeur de la phalange atteinte; si les phalanges voisines ne participent pas à l'inflammation, c'est en raison de l'adhérence par tractus fibreux, de la peau aux tissus aponévrotiques sous-jacents, tractus, qui brident la gaine synoviale et la maintiennent appliquée contre les jointures. Mais d'autre part, le tissu connectif sous-cutané palmaire est en continuité directe avec celui de la face dorsale du doigt, le gonflement en envahit donc toute la circonférence et la laxité de la peau de la région dorsale étant très grande, c'est dans ce sens que le gonflement devient le plus considérable.

Quand le pus est formé, le derme s'amincit et lui livre passage; mais l'épiderme dur et épais résiste quelquefois et la collection le soulève. D'autres fois l'inflammation se communique à la gaine tendineuse, au périoste et le panaris devenu profond peut entraîner la nécrose de l'os

et la destruction du tendon. La peau de la face palmaire du doigt fixée dans la profondeur sur les lames connectives et tendue sur elles ne permet pas de percevoir la fluctuation.

Traitement. — La guérison par les émollients, par les topiques de toute nature est problématique; aussi en présence des complications possibles faut-il inciser de bonne heure parallèlement à l'axe du doigt, pour ne pas léser le tendon et sa gaine. Dès que le pus aura trouvé une issue facile les douleurs cesseront, les bains et les pansements antiseptiques amèneront la guérison complète sans que, si l'on a agi de bonne heure, les mouvements du doigt soient gênés.

Panaris profond. — Il succède d'habitude à une piqûre, à une lésion de la gaine synoviale ou du tissu connectif péri-tendineux, d'autres fois cependant quand la plaie a été plus profonde, quand des agents microbiens spéciaux ont été introduits, c'est au-dessous du périoste, de la phalange, que se produit le pus. En général, bien que cette règle soit soumise à beaucoup d'exceptions, les gaines du pouce et du petit doigt se prolongent jusqu'au poignet, tandis que celles des trois autres doigts s'arrêtent à la hauteur du métacarpe, ce qui explique la gravité des panaris profonds du premier et du cinquième doigt.

Le doigt atteint par le panaris est le siège de douleurs très vives, pulsatiles, lancinantes: pour relâcher les tissus enflammés le malade le fléchit en crochet. Les symptômes généraux sont intenses; comme dans les phlegmons profonds de la main, le pus peut se frayer lui-même une issue par une ou plusieurs fistules qui donnent passage à des lambeaux sphacelés et à des débris du tendon nécrosé.

Traitement. — Le danger d'un phlegmon profond de la main, de fusées purulentes dans l'avant-bras lorsqu'il s'agit d'un panaris du pouce ou du petit doigt, imposent une intervention active. On combattra au début l'inflammation par des émollients, la douleur par les opiacés, le chloral, l'antipyrine, etc., mais aussitôt que l'on sera sûr de l'existence du pus on débridera largement en allant jusqu'à l'os; les contre-ouvertures, les drains, les bains, injections et pansements antiseptiques sont de rigueur absolue. Malgré tout, alors surtout que le panaris a été sous-périostique, la phalange se nécrose et il faut l'extraire, il en résulte une déformation du doigt contre laquelle on ne saurait lutter.

Furoncles anthracoides des doigts. — C'est sur la face dorsale qu'on les trouve, ils se développent dans les follicules sébacés annexés aux poils de la région. Bridés dans leur développement excentrique par le derme résistant, ces furoncles sont très douloureux, et bien que leur volume soit très petit, ils produisent des accidents généraux très marqués, la lymphangite de tout le membre supérieur et l'engorgement des ganglions épitrochléen et axillaires sont très fréquents. Aussitôt le bourbillon éliminé tous les accidents disparaissent, aussi ne faut-il pas

hésiter à fendre le petit anthrax pour hâter l'élimination de cette masse mortifiée.

§ 5. — Rétraction de l'aponévrose palmaire.

A la suite des adhérences consécutives à des phlegmons de la main, l'aponévrose palmaire peut en totalité ou en partie être indurée et rétractée, et cette rétraction agit sur les doigts qui se fléchissent, ne peuvent plus s'étendre pendant que la partie de l'aponévrose atteinte forme une corde dure et saillante sous la peau de la paume.

Cet accident peut se produire encore à la suite d'une inflammation chronique déterminée par des frottements professionnels toujours exercés sur le même point de la région palmaire, d'autres fois encore on a vu la rétraction se produire chez des individus non soumis aux travaux manuels et même on l'a vu coexister simultanément aux deux mains. Dans ces derniers cas l'on a invoqué les causes banales de l'hérédité et des diathèses (rhumatisme, goutte, syphilis, diabète), mais la rétraction de l'aponévrose palmaire s'observe en très grande majorité chez les hommes adultes, et rarement chez les femmes, il me semble donc qu'à ces causes prédisposantes doit toujours se joindre la cause déterminante d'une pression habituelle.

La peau reste indemne, l'aponévrose épaissie se prolonge en avant par ses connexions fibreuses indurées, racornies, jusque sur les côtés latéraux des phalanges qu'elles fléchissent dans leurs deux premières articulations tandis que celle de la phalange reste indemne. Cette altération débute par des nodosités iodées sur les tractus aponévrotiques, ces nodosités s'étendent, se réunissent et finissent par constituer une corde tendue sous la peau, corde à laquelle celle-ci finit par adhérer. La maladie évolue lentement, progressivement, sans jamais éveiller de douleurs spontanées, mais l'extension forcée des doigts est toujours douloureuse.

C'est le plus habituellement sur le côté interne de la main, sur les trois derniers doigts que porte l'affection, c'est là en effet que s'exercent surtout les pressions professionnelles, le pouce restant d'habitude en dehors pour saisir l'instrument dans la pince qu'il forme par son opposition avec les autres doigts.

Traitement. — Tous les palliatifs, ainsi que les traitements généraux, étant inefficaces, on a dû songer à l'opération chirurgicale, car en effet, si la maladie ne met pas la vie du patient en danger elle le met souvent dans l'impossibilité de subvenir à son existence. Avant les méthodes antiseptiques cette opération offrait des dangers très grands par l'imminence des phlegmons profonds de la main et des fusées purulentes consécutives; il n'en est plus de même aujourd'hui et l'on peut sectionner ou réséquer les brides fibreuses après en avoir déta-

ché la peau si elle y est adhérente. Les résultats fonctionnels sont satisfaisants.

§ 6. — Arthrites des doigts.

Quand elles sont d'origine traumatique, contusions, entorses, elles sont aiguës, et peuvent même passer à la suppuration; la douleur est vive à la pression, l'articulation est chaude et gonflée, le malade l'immobilise pour éviter les douleurs qu'elle lui occasionne les mouvements. Le chirurgien peut cependant s'assurer que la jointure est restée mobile et obéit aux mouvements qu'il lui imprime. La réaction générale est assez intense, alors surtout que l'arthrite devient suppurée. La guérison peut être obtenue, après ouverture du foyer purulent et destruction des fongosités articulaires, par des maniluves, des pansements antiseptiques et l'immobilisation dans un appareil. L'ankylose est presque inévitable lorsqu'une fois la synoviale et les cartilages ont été profondément altérés par la suppuration.

Les arthrites rhumatismales ou goutteuses donnent naissance à des craquements articulaires plus ou moins intenses suivant la gravité de l'affection. Les mouvements sont gênés et douloureux, la réaction générale est modérée. L'immobilisation dans un appareil ouaté, les révulsifs, les cautérisations ponctuées surtout suffisent pour enrayer le mal.

§ 7. — Arthrites et ostéites tuberculeuses des doigts.

Les articulations des doigts peuvent être atteintes par la tuberculose et donner naissance à de véritables tumeurs blanches dont l'évolution est identique à celles que nous avons décrites dans les grandes articulations du membre supérieur; l'affection traitée par les médications locales ou générales guérit par ankylose ou nécessite, si les fistules persistent, l'amputation de la phalange atteinte.

L'ostéite tuberculeuse, le *spina ventosa*, analogue à celle que l'on rencontre au pied, est presque spéciale aux enfants, bien qu'on en ait signalé quelques rares cas chez des adolescents; elle atteint plus particulièrement le troisième métacarpien ou la première phalange du médius.

L'affection débute par un gonflement indolent de l'os; l'articulation restant saine, les mouvements ne sont ni gênés ni douloureux; la phalange devient fusiforme, puis se forment les foyers suppurés sous-périostiques et osseux, la peau des régions dorsale et latérale des doigts, tandis que l'adhérence de celle de la face palmaire aux tissus fibreux profonds s'y oppose, s'amincit, s'ulcère; les fistules s'établissent, les séquestres tendent à s'éliminer et peuvent être sentis par le stylet qui va les explorer. Après leur issue la guérison peut survenir, si l'état de la nu-

trition du malade le permet; il restera toujours une cicatrice enfoncée, adhérente, mais le doigt conservé rendra, en tout cas, de grands services. Il ne faut pas oublier que dans les conditions d'une nutrition parfaite la maladie peut même ne pas arriver jusqu'à formation de séquestres. Quand au contraire la maladie suit son cours, les os, phalange ou métacarpien, se gonflent de plus en plus, les fistules se multiplient et communiquent avec des alvéoles remplis de pus et de débris osseux nécrosés. Les révulsifs périphériques, les pointes de feu ont pu rendre des services, mais la guérison ne peut être attendue que d'une opération chirurgicale. On évidera l'os malade en enlevant tout ce qui est suspect, et en cautérisant énergiquement dans la profondeur et au besoin l'on amputera.

§ 8. — Ostéites et périostites des phalanges et des métacarpiens.

Les traumatismes, les rhumatismes, peuvent déterminer des ostéo-périostites des os de la main et des doigts; dans le premier cas l'affection est en général aiguë, tandis que dans les cas de rhumatisme elle ne détermine un peu de fièvre qu'au moment de la suppuration.

La syphilis héréditaire peut amener, chez les adolescents surtout, une ostéo-périostite spécifique des phalanges, et plus spécialement de la première. Elle se caractérise par un gonflement de l'os avec exacerbations de douleurs pendant la nuit. La peau s'amincit, devient luisante, s'ulcère quelquefois, livre passage à des bourgeons saignants qui font saillie à travers la fistule dont le trajet aboutit à un séquestre. Tous ces signes sont ceux de toutes les ostéites des doigts, ce n'est que par l'étude des antécédents que l'on pourra s'assurer de la cause de la maladie dont toujours un traitement spécifique aura raison après l'élimination des parties osseuses nécrosées.

§ 9. — Lésions formatives de la main.

Les verrues et tous leurs dérivés, *papillomes*, *cornes*, sont fréquents sur la face dorsale des doigts, c'est elles qui nous ont servi de types dans la description de ces tumeurs en général, nous n'y reviendrons donc pas.

Les *sarcomes* sont fréquents aux doigts et à la main, ils ont pour point de départ les gaines tendineuses, le tissu connectif ambiant, le périoste ou les os; tantôt ils marchent lentement, tantôt au contraire, sous l'influence d'un traumatisme intercurrent, ils prennent tout à coup une évolution rapide, se ramollissent, s'ulcèrent et donnent issue à un véritable champignon végétant.

Les *lipomes*, les *fibromes* de la main sont rares, ils se rencontrent à la face dorsale du métacarpe et dans quelques cas à la paume de la main,

où ils ont pu être confondus avec des kystes à grains riziformes. Si les lipomes une fois enlevés ne donnent pas lieu à récidives, il n'en est pas de même des fibromes qui peuvent se reproduire sur place, quand toute la surface atteinte n'a pas été extirpée.

Les *enchondromes* uniques ou multiples des doigts et des métacarpiens sont relativement fréquents ; quelquefois ils se développent simultanément sur les deux mains, c'est d'habitude la première phalange de l'un des trois doigts du milieu de la main qui est atteinte. La tumeur est indolente, dure, élastique, généralement arrondie, quand elle a son point de départ sur l'os, elle ne se meut qu'avec lui, tandis qu'elle est isolément mobile, quand elle s'est développée dans le tissu connectif péri-osseux. A la longue ces tumeurs peuvent ulcérer la peau par compression excentrique, et s'étendre de proche en proche. Dans ces conditions elles gênent de plus en plus les mouvements des doigts qu'elles peuvent luxer, aussi faut-il alors les évier ou désarticuler le doigt suivant les circonstances.

Des *ostéomes épiphysaires* peuvent exister aux doigts, elles se relient à d'autres tumeurs de même nature, développées au cours de la grandition sur d'autres points du corps, si elles venaient à persister et à gêner les mouvements on les enlèverait à l'aide de la gouge et du maillet ou d'un trait de scie.

Il en est de même des *exostoses sous-unguéales*.

Les *kystes* de la main et des doigts sont surtout des kystes synoviaux de la gaine des tendons. On a vu à la paume un cas de kyste hydatique. Les kystes dermoïdes de la main et des doigts sont dus à une invagination du feuillet externe du blastoderme, ainsi que l'a démontré un de mes élèves, le Dr Labougle dans sa thèse (Bordeaux, 1889).

Les *angiomes* de la main sont constitués par des tumeurs érectiles ou des anévrysmes cirsoïdes. Les tumeurs érectiles sont d'habitude petites, séparées et très multipliées, elles sont congénitales et exceptionnellement acquises à la suite d'un traumatisme, qui intéresse à la fois des artérioles très petites et des veinules ; leur structure se rapproche de celle des tissus caverneux. Elles peuvent s'ulcérer à la longue ou s'ouvrir sous une violence extérieure, elles donnent alors lieu à des hémorragies en nappes, difficiles à arrêter. Dans ce dernier cas seulement, ou encore lorsqu'elles déterminent par compression nerveuse des douleurs vives, on les traitera par les injections coagulantes, par l'électrolyse ou par l'ablation totale, mais toujours les hémorragies secondaires seront à craindre.

Les *épithéliomes papillaires* consécutifs à une verrue ulcérée et irritée ne sont pas très rares chez les vieillards, chez lesquels les aberrations de nutrition des tissus sont habituelles. D'autres épithéliomes moins fréquents prennent leur origine dans les tissus glandulaires et sont tubulés. Quels que soient leur point de départ et leurs formes, il faut

enlever ces tumeurs, qui peuvent déplacer les phalanges, et qui, chose plus dangereuse encore, ont beaucoup de tendance à se généraliser.

Les *carcinomes encéphaloïdes* des doigts se voient surtout chez les vieillards. Dès qu'ils sont ulcérés et que l'on voit apparaître leurs masses mamelonnées, saignantes, ichoreuses, il faut se hâter de sectionner le membre, en ayant soin de dépasser largement les parties envahies par la tumeur, ou par ses prolongements.

ARTICLE IX. — AFFECTIONS QUI ATTEIGNENT LE MEMBRE SUPÉRIEUR EN TOTALITÉ.

A. *Angioleucite*. — Après la description que nous avons donnée de l'angioleucite en général, nous croyons pouvoir ne pas insister sur celle du membre supérieur. C'est toujours à la suite d'une infection septique qu'elle se produit, à la suite des piqûres anatomiques surtout. J'ai la conscience d'avoir, dans mes laboratoires et dans tous ceux où mes procédés sont employés, supprimé toutes les infections cadavériques, une expérience de cinq années consécutives me le démontre, je n'y reviens donc plus.

B. *Anévrysmes cirsoïdes et varices du membre supérieur*. — Les *anévrysmes cirsoïdes* développés toujours sur la face palmaire de la main sont le plus ordinairement congénitaux, on en a vu cependant quelques rares cas succéder à des traumatismes. La tumeur est molle, réductible, de forme irrégulière ; les mouvements isochrones et le bruit de thrill y sont manifestes, ils diminuent ou même disparaissent par la compression de l'humérale ; la main atteinte est plus chaude que celle du côté opposé et la sueur déversée par les glandes sudoripares y est manifestement plus abondante. La tumeur s'accroît rapidement par dilatation des artérioles d'abord, des artères de l'avant-bras et du bras consécutivement.

Les injections coagulantes, combinées avec la compression des artères, ont donné quelques succès. En raison des anastomoses multiples et facilitées par la dilatation des artères du membre supérieur, les ligatures à distance ne donnent que des résultats précaires, aussi faut-il malheureusement en arriver souvent à l'amputation de l'avant-bras ou même du bras, si la dilatation des vaisseaux l'exige.

C. Les *varices du membre supérieur* sont très rares et n'offrent rien de particulier à signaler. Je renvoie au tome I, à l'article *Varices* en général, où le lecteur trouvera une description suffisante.

Lésions congénitales du membre supérieur.

Je devrais, à l'imitation de tous les auteurs, traiter ici en un chapitre particulier les lésions congénitales du membre supérieur, mais d'abord