

doigts donne lieu, soit d'emblée, soit consécutivement à un certain nombre de troubles de sensibilité et de motricité qui peuvent être regardés comme caractéristiques.

La section complète du nerf *median* au poignet est suivie de la perte de la sensibilité de la face palmaire du pouce, de l'index, du médius, de l'éminence thénar, de la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius et de la moitié externe de l'annulaire.

Le mouvement d'opposition du pouce est aboli : mais ce doigt jouit encore de quelques mouvements de préhension, grâce à l'adducteur innervé par le cubital.

Plus tard, à la suite de l'atrophie musculaire consécutive, la main présente une déformation spéciale; le creux palmaire est plus accentué, par suite de l'atrophie des deux lombricaux externes; l'éminence thénar est aplatie, et la tête du premier métacarpien fait une forte saillie due à l'atrophie des muscles et à la tonicité de l'adducteur qui entraîne tout le pouce en dedans.

L'index et le pouce sont dans l'extension; les mouvements de flexion des doigts sont très limités et sans force.

La section complète du *cubital* amène la perte de la sensibilité de l'éminence hypothénar, de tout l'auriculaire et de la face interne de l'annulaire.

Par suite de la paralysie des muscles interosseux, les mouvements d'abduction et d'adduction des doigts ne s'exécutent plus; les désordres sont surtout marqués du côté de l'auriculaire et de l'annulaire; la flexion des premières phalanges et l'extension des deuxième et troisième sont impossibles. Ces mouvements sont encore possibles aux autres doigts, mais ils sont très gênés.

Ces paralysies primitives amènent une *déformation* caractéristique, surtout manifeste quand on fait mettre la main dans l'extension; c'est la *main en griffe*. Les premières phalanges entraînées en arrière par l'extenseur commun renversent les métacarpiens dans le même sens et font saillir dans la paume de la main les quatre têtes métacarpiennes.

Le petit doigt et l'annulaire ont la première phalange en extension, les deux autres en flexion par l'action des fléchisseurs superficiels et profonds non compensée par les interosseux. En outre, plus tard l'atrophie musculaire produit une dépression et un aplatissement

caractéristique au niveau des éminences thénar et hypothénar et au dos de la main dans les espaces intermétacarpiens.

Les blessés sont surtout gênés par la flexion et la rétraction des deux derniers doigts.

Après une section du nerf *radial* dans la région du poignet, on observe des troubles de la sensibilité de la main et des doigts dans la sphère de distribution de ce nerf, c'est-à-dire sur le dos de la main, à la face dorsale du pouce, et sur la même région de la première phalange de l'index et du médius.

Dans tous ces cas de blessure des nerfs de la main, surtout après la section du médian ou du cubital, on observe, au bout de quelque temps, des troubles trophiques de la peau de la main et des doigts; la peau devient sèche, écailleuse, lisse (*glossy skin*), les ongles se cassent ou se déforment, et des ulcérations ayant le caractère du *mal perforant* peuvent se produire aux doigts.

Traitement. — Actuellement, il n'y a aucun doute à avoir sur la conduite à tenir dans le cas de section de l'un des nerfs de la main. La continuité du tronc nerveux doit être immédiatement rétablie, si possible, à l'aide de la suture; celle-ci sera pratiquée avec une aiguille fine, ronde de préférence, munie d'un catgut fin. Cette suture peut être également faite tardivement alors que la plaie extérieure est cicatrisée depuis longtemps et que les deux bouts nerveux doivent être recherchés dans le tissu de cicatrice. Elle peut être suivie de réunion immédiate avec retour immédiat de presque toutes les fonctions, et elle a donné des succès dans la proportion au moins de 66 pour 100 (Chaput, *Archiv. génér. de médéc.*, 1884).

d. *Fracas osseux.* — Ils s'observent surtout dans les plaies par écrasement et dans les plaies par armes à feu. Les os du carpe et du métacarpe sont fracturés, écrasés ou luxés, les articulations sont ouvertes, des esquilles sont libres dans les tissus,

De pareils dégâts peuvent avoir des suites beaucoup moins graves qu'on ne pourrait le supposer; si les plaies sont bien pansées, débarassées d'une manière immédiate ou successivement des corps étrangers qui les encombrant, la guérison peut survenir sans accidents généraux; la main est plus ou moins mutilée et les doigts ont perdu la plus grande partie de leurs fonctions.

Le *traitement* doit être *essentiellement conservateur*; on devra *s'abstenir de toute opération* toutes les fois que l'étendue des désor-

dres ne commandera pas d'emblée une amputation immédiate, et l'on peut émettre ce précepte que l'on devra *tenter la conservation* toutes les fois qu'il y aura une certaine hésitation pour savoir si l'on doit *amputer*.

Le traitement consistera dans l'extraction des esquilles, la pose de drains sous les parties décollées, l'immobilisation de la main et des doigts dans une bonne attitude, l'application de pansements antiseptiques rares ou renouvelés, suivant l'abondance de la suppuration, et tardivement dans l'ablation des séquestres et la régularisation des parties inutiles ou gênantes.

V

ANÉVRYSMES DE LA MAIN.

Nous rapprochons à dessein des plaies de la main les anévrysmes de cette région; en effet, ces anévrysmes sont presque toujours traumatiques. Ils succèdent ordinairement aux plaies étroites, avec lésion des vaisseaux palmaires. D'après G. Martin (Thèses de Paris, 1870) sur 72 blessures artérielles de la région palmaire, 17 ont été suivies d'anévrysmes.

L'anévrysmes se produit grâce à l'épanchement du sang dans le tissu et à l'oblitération de la petite plaie cutanée par la compression, et se manifeste dès les premiers jours qui suivent la blessure, *anévrisme faux primitif*; ou plus fréquemment la plaie des parties molles et de l'artère se cicatrise, et au bout de quelques semaines on voit la cicatrice soulevée par une petite tumeur ayant les signes d'un anévrysmes, *anévrisme faux consécutif*.

Ces anévrysmes siègent le plus souvent dans le premier espace interosseux ou sur les points que parcourt l'arcade palmaire superficielle. Leur volume, généralement petit, varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix.

Ils ont les caractères ordinaires de battements, d'expansion, de souffle intermittent, de réductibilité, etc., communs à toutes les tumeurs anévrysmales. Ils présentent à leur surface une croûte ou un caillot desséché, le plus souvent une cicatrice amincie par distension et saillante. La peau peut être ulcérée et l'anévrysmes

ressembler à un bourgeon charnu, pulsatile, gros comme un pois (Nélaton).

La marche de ces anévrysmes est progressive et par les usages de la main ils sont exposés à l'ulcération et à la rupture.

Dans ce dernier cas, le chirurgien devra se conduire comme dans une hémorragie de la main et lier les deux bouts de l'artère blessée.

En général, *le traitement* par excellence consiste dans la compression *indirecte* sur l'humérale, et c'est à la compression digitale intermittente que l'on doit accorder la préférence.

Si la tumeur résiste à ce moyen, nous conseillons d'ouvrir la poche, de la vider de ses caillots et de lier l'artère au-dessus et au-dessous du sac (*méthode ancienne*).

Si l'anévrysmes est très petit, on peut le détruire par la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec la pâte de Canquoin.

VI

PHLEGMONS DE LA MAIN.

Les inflammations de la paume de la main sont fréquentes; elles ont été décrites par Bérard (*Dict.* en 50 v.), par Bauchet dans une monographie spéciale (1859) et par Chassagnac, la même année, dans son *Traité de la suppuration et du drainage chirurgical*.

Garnier et Schwartz en ont fait le sujet de leur thèse inaugurale (Paris, 1878).

Étiologie.—Le plus souvent les phlegmons de la main succèdent aux piqûres et excoriations, aux plaies septiques, aux morsures, aux plaies contuses, à des pressions et à des frottements répétés, à la présence de corps étrangers.

Ils se développent quelquefois spontanément sans cause appréciable et sont peut-être sous la dépendance d'un mauvais état général.

Le siège anatomique de l'affection imprime à celle-ci des caractères spéciaux qui ont amené à en reconnaître trois variétés: le *phlegmon superficiel*, le *phlegmon sous-cutané* et le *phlegmon profond*.

1° Le *phlegmon superficiel* est *érythémateux*, *phlycténoïde* ou *anthracôïde*, suivant la forme qu'il affecte.

L'inflammation *érythémateuse* est une véritable dermite, peut-être d'origine angioléucitique; elle se caractérise par une rougeur vive, diffuse ou en plaques, un gonflement surtout marqué au dos de la main, un engorgement des ganglions épitrochléens et axillaires. Elle se résout en deux ou trois jours sous l'influence de quelques bains et d'applications émollientes et surtout de pansements propres appliqués aux excoriations qui sont le point de départ de cette inflammation.

La forme *ampullaire* ou *phlycténoïde* dans laquelle l'épiderme est soulevé par un amas de pus ou de sérosité reçoit souvent le nom de *durillon forcé*. Elle consiste dans l'inflammation du derme sous un épaissement épidermique, durillon ou callosité, froissé par des pressions violentes ou répétées. Elle siège presque toujours à la face palmaire. Il se forme une ampoule grosse comme la moitié d'un pois ou comprenant quelquefois un large soulèvement du feuillet épidermique de la paume. Le liquide, d'abord séreux, devient louche au bout de quelques heures et purulent au bout de deux ou trois jours. Il s'épanche quelquefois à l'extérieur; plus souvent il reste enfermé sous l'épiderme épais.

Les phlyctènes doivent être ouvertes d'un coup de ciseaux et tout l'épiderme soulevé doit être excisé.

Le phlegmon *anthracôïde* siège en général sur le dos de la main où il a pour point de départ l'appareil pilo-sébacé de la peau; quand il occupe la face palmaire dépourvue de poils et de glandes, il siège peut-être dans les glandes sudoripares ou plutôt dans les aréoles du derme. Chassaignac décrit l'anthrax palmaire sous le nom de *durillon froissé sphacélique* et admet que le derme est d'emblée frappé de gangrène dans toute son épaisseur.

L'affection débute par une tuméfaction dure, circonscrite, très douloureuse à la pression, d'un rouge sombre; une phlyctène noirâtre soulève l'épiderme, et le derme présente une ou plusieurs petites escharres, puis des trous en arrosoir par où s'éliminent de petits bourbillons. La réunion des escharres peut donner lieu à une ulcération irrégulière assez étendue. Dès que l'élimination du bourbillon est complète, la guérison survient rapidement.

Cette petite affection s'accompagne de fièvre, de malaise et dure de huit à dix jours. Le traitement ne diffère pas de celui du furoncle en général.

2° *Phlegmon sous-cutané*. Le phlegmon sous-cutané succède assez souvent aux inflammations superficielles précédentes; plus souvent il éclate d'emblée. Il commence ordinairement à la face palmaire.

Dans une première période, d'inflammation proprement dite, se déclare une douleur lancinante et pulsatile, localisée en un point, exaspérée par la pression. La rougeur et le gonflement ont tendance à se diriger par en bas vers les espaces interdigitaux; de ce point ils gagnent la face dorsale, qui devient rapidement œdématisée, volumineuse. Au bout de quelque temps, toute la main est gonflée, rénitente, œdémateuse avec rougeur plus prononcée au siège primitif du mal; les doigts restent écartés les uns des autres. Mais, signe important, leurs mouvements, quoique gênés, peuvent s'exécuter spontanément et peuvent être doucement provoqués, sans une trop vive douleur.

Une fièvre intense, de l'insomnie, quelquefois du délire, accompagnent ces phénomènes du début. Un peu plus tard, des frissons, un redoublement fébrile indiquent la deuxième période ou période de suppuration. Celle-ci peut être prévue à coup sûr quand les phénomènes inflammatoires durent depuis trois ou quatre jours sans diminuer d'intensité.

Le pus s'accumule entre l'aponévrose et le derme et peut s'évacuer spontanément à travers le derme perforé; mais là il rencontre une couche épidermique, épaisse et résistante, sous laquelle il s'étale en formant une phlyctène purulente. Ainsi se trouve constitué un *abcès en bissac* ou en *bouton de chemise* (Velpeau).

Si le derme ne se laisse pas perforer, le pus fuse jusque dans les espaces interdigitaux et se fait jour à travers la peau mince et délicate des commissures; quelquefois il traverse les orifices que présente l'aponévrose palmaire à sa partie inférieure et le phlegmon devient profond. Du pus peut également se collecter à la face dorsale de la main.

L'épaisseur et la tension de l'épiderme à la paume ne permettent pas de sentir facilement la fluctuation; le siège du pus est mieux indiqué par une douleur exquise provoquée par la pression en un point localisé.

Le pronostic du phlegmon sous-cutané de la main est bénin; quelquefois l'affection se termine par résolution; quand il y a production

de pus, elle demande vingt à trente jours pour sa guérison, qui n'est suivie d'aucun trouble dans les fonctions de la main.

Le traitement comprend au début la série des moyens antiphlogistiques capables d'amener la résolution. Les grands bains, les compresses alcoolisées ou phéniquées, et à l'intérieur les purgatifs et l'opium seront prescrits avec avantage.

Dès que l'on soupçonne le pus, dès le troisième jour, l'indication unique est d'ouvrir l'abcès. L'incision sera faite au point où l'on constate le maximum de gonflement, de rougeur et de douleur à la pression.

Dans l'abcès en bouton de chemise, il ne faut pas négliger, après l'ouverture de la phlyctène, d'agrandir d'un coup de bistouri ou de ciseaux la perforation du derme; c'est au-dessous de lui que siège le véritable abcès. Tout l'épiderme décollé devra être excisé.

5° *Phlegmons profonds.* Le phlegmon profond de la main présente deux variétés qui peuvent coexister ou se montrer isolément: le *phlegmon du tissu cellulaire* et l'*inflammation des gaines tendineuses*.

a. *Le phlegmon du tissu cellulaire sous-aponévrotique* succède le plus souvent à un traumatisme ou à un phlegmon sous-cutané, à un panaris ou à une synovite aiguë.

La main tout entière est tuméfiée, rouge, chaude, dure et très douloureuse à la pression; tous les phénomènes inflammatoires montent rapidement au-dessus du poignet en suivant les gaines des fléchisseurs; l'avant-bras devient rouge et cylindrique à sa partie inférieure. La douleur est *excessive* dans la paume de la main ou les tissus sont étranglés entre les os et l'aponévrose palmaire. Les doigts sont fléchis et les phalanges sont étendues. L'œdème est énorme sur le dos de la main.

Le pus se forme rapidement et fuse dans divers sens, du côté de l'avant-bras et du côté des commissures interdigitales; des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé sortent par les ouvertures; des décollements et des clapiers se produisent en divers points et la main peut être transformée en une véritable *éponge purulente* (Bauchet).

De la fièvre, des frissons, de l'insomnie accompagnent ces désordres jusqu'à l'évacuation et la désinfection complète du pus.

La durée de cette affection est longue; deux mois en moyenne sont nécessaires pour la détersion et la cicatrisation complète des

foyers; la guérison est toujours suivie d'une gêne et d'une raideur dans les mouvements des doigts, mais moins prononcées que dans la forme suivante.

b. *Le phlegmon des gaines tendineuses* reconnaît pour causes les plus fréquentes un panaris du pouce ou du petit doigt, des blessures des gaines mal soignées, la propagation d'un phlegmon du tissu cellulaire, quelquefois un exercice exagéré des tendons fléchisseurs.

D'après Dolbeau et Chevalet (Th. de Paris, 1878) ces synovites seraient exceptionnelles et ne seraient autre chose que des lymphangites profondes de la paume de la main. Cette opinion trop exclusive a été réfutée par Gosselin qui place le point de départ de l'inflammation dans la gaine elle-même. Peut-être dans certain cas, y a-t-il d'abord une lymphangite qui de proche en proche transmet l'inflammation à la gaine tendineuse.

Les gaines synoviales du long fléchisseur du pouce ou des fléchisseurs du petit doigt peuvent être envahies isolément et l'inflammation se trouve bornée à la région thénar ou hypothémar. Mais le plus souvent, au bout de peu de temps les deux gaines sont envahies, au moins dans leur partie carpienne, et les phénomènes se propagent à tout le tissu cellulaire séreux qui entoure la masse des tendons fléchisseurs.

Le début peut être lent et insidieux et ne se traduire que par quelques douleurs et un peu de gonflement. Quand il se fait brusquement, le premier signe est une douleur violente accompagnée de la flexion des doigts.

Tous les auteurs ont insisté sur l'attitude des doigts: la première phalange est dans l'extension, tandis que les deux autres phalanges sont recourbées en crochet. La douleur devient intolérable dès qu'on cherche à imprimer des mouvements aux doigts.

Le gonflement débute par la partie inférieure de l'avant-bras et s'étend de là aux éminences thénar et hypothémar en respectant le creux de la main. Quand il est bien constitué, il présente deux renflements, l'un situé à l'avant-bras, l'autre à la main, séparés par un étranglement au niveau du ligament annulaire. La fluctuation peut être perçue d'un renflement à l'autre.

En même temps la main tout entière augmente de volume, devient énorme; les doigts tuméfiés, recourbés en griffes, restent immobiles;

l'avant-bras se gonfle et devient œdémateux jusque vers son tiers supérieur.

L'inflammation peut se limiter à la gaine; le pus se vide ou est évacué et la guérison est obtenue après une suppuration plus ou moins longue.

Dans des cas plus aigus, les gaines se rompent ou le tissu cellulaire voisin s'enflamme et suppure d'emblée; toute la main se trouve infiltrée de pus, des fusées purulentes se font dans l'avant-bras; les articulations du carpe et du poignet sont ouvertes et des os entiers ou des portions osseuses se nécrosent.

D'après Dolbeau et Chevalet, les fusées purulentes qui se font à l'avant-bras seraient consécutives à une angioleucite suppurée des lymphatiques profonds de l'avant-bras et auraient, comme ceux-ci, un siège absolument fixe correspondant exactement au trajet des artères principales du membre: d'où l'indication d'inciser méthodiquement les tissus comme pour la ligature de ces vaisseaux.

Le derme s'épaissit, devient dur, rigide, et sous sa face profonde se décomposent, au contact de l'air, le pus, les tendons et le tissu cellulaire sphacelés, répandant une odeur infecte.

Dans cette forme grave, les phénomènes généraux sont très importants: au début, on peut observer tous les signes de l'ataxo-adynergie et le malade peut succomber à un véritable empoisonnement septique aigu; plus tard, la rétention du pus peut donner lieu à tous les accidents de la septicémie. Il y a peu d'années encore, ces phlegmons profonds de la main s'accompagnaient souvent d'une infection purulente fatalement mortelle.

Aujourd'hui, le *pronostic* est moins grave au point de vue de la vie; il reste toujours sérieux au point de vue de l'intégrité fonctionnelle de la main.

Les mouvements des doigts sont inévitablement perdus quand les tendons ont été détruits; ils sont toujours compromis pendant des mois alors même qu'il n'y a que des raideurs tendineuses et articulaires. La peau des mains reste sèche, lisse, sans plis; les deux dernières phalanges sont fléchies et ne peuvent être amenées au contact de la paume; le pouce est collé au deuxième métacarpien et rapproché de l'axe de la main.

Le *diagnostic* du phlegmon des gaines s'établit par l'intensité de la douleur, la flexion des doigts en crochet, la forme bilobée du

gonflement, le gonflement du pouce ou du petit doigt, l'absence de rougeur et de tuméfaction sur la face dorsale de la main.

Le phlegmon du tissu cellulaire profond envahit d'emblée plus largement la paume de la main et permet davantage les mouvements des doigts.

Le phlegmon sous-cutané se distingue par le gonflement plus marqué à la face dorsale, alors que la douleur est surtout prononcée à la face palmaire et par la motilité des doigts.

L'arthrite du poignet se reconnaît au siège du gonflement et de la douleur surtout exaspérée par les mouvements de l'articulation radio-carpienne et par la pression exercée suivant l'interligne articulaire.

Traitement. — La médication antiphlogistique la plus active doit être mise en action dès le début pour obtenir la résolution des phlegmons profonds de la paume. La position élevée du membre, les grands bains, les sangsues, seront les moyens ordinairement prescrits.

Le pus doit être évacué de bonne heure et largement; une incision verticale, suivant l'axe de l'avant-bras, sera faite au-dessus du ligament annulaire du carpe; une sonde cannelée introduite dans la gaine ira faire saillie du côté de l'éminence thénar ou hypothénar ou dans le creux de la paume de la main, à la limite du décollement, et une contre-ouverture sera pratiquée en ce point. Un tube à drainage sera passé d'une ouverture à l'autre. Les bains antiseptiques prolongés et répétés rendent dans ces cas les plus grands services. Il est quelquefois nécessaire de multiplier les ouvertures et les contre-ouvertures. Les incisions dans la paume de la main seront faites avec précaution, au-dessous du sillon médian, pour ménager l'arcade palmaire superficielle.

Quand la suppuration a détruit les tendons, envahi les articulations voisines, quand les os sont nécrosés, quand la septicémie ne peut être combattue par les incisions, les drainages, les injections, les bains, il faut se résoudre à pratiquer l'amputation de l'avant-bras.

Dès que les phénomènes inflammatoires sont éteints, il faut s'occuper activement de rétablir les mouvements des doigts par des mouvements communiqués et progressifs, par le massage, par les bains et les douches. L'anesthésie peut même être nécessaire pour rompre brusquement les adhérences des tendons et les raideurs articulaires.

VII

RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE.

Cette affection dont la nature n'est pas encore tout à fait connue et que l'on désigne d'après l'un de ses signes le plus souvent constatés, est caractérisée par la production dans la paume de la main de brides saillantes fléchissant peu à peu les doigts. Elle a été bien décrite pour la première fois par Dupuytren; aussi lui donne-t-on quelquefois le nom de *maladie de Dupuytren*.

Elle a été étudiée par un grand nombre d'auteurs que nous aurons occasion de citer au cours de cet article.

Étiologie. — La rétraction de l'aponévrose palmaire se produit le plus souvent chez des adultes et chez des sujets âgés de plus de quarante-cinq ans; elle a été exceptionnellement observée chez des jeunes sujets, et dans ce cas elle était congénitale. Dans un bon nombre de cas, elle succède à des froissements répétés de la paume de la main produits par des corps durs ou grossiers comme le maniement des pierres chez les maçons, à un exercice longtemps répété comme dans l'action de tenir un fouet ou un fleuret (cochers, maîtres d'armes), et se montre chez des individus dont la profession exige des pressions énergiques sur la paume de la main et une fermeture violente des poings (forgerons, graveurs, laboureurs, cordonniers, blanchisseuses, etc.). Mais souvent aussi l'affection est observée chez des gens qui ne se livrent à aucun travail manuel.

Dans ces cas, elle paraît souvent être héréditaire et elle semble liée d'une manière évidente aux diathèses rhumatismale et goutteuse. On a également invoqué l'influence de la syphilis (Ricord, Richet) et de l'alcoolisme (Eulenbourg).

Anatomie et physiologie pathologiques. — On s'est fait, d'après ces diverses causes, différentes idées sur la nature et le point de départ de l'affection.

Pour les uns (Boyer, Dupuytren, Madelung, etc.), l'affection serait essentiellement de cause traumatique et due aux froissements répétés dont la paume de la main est le siège. Pour le plus grand nombre, les traumatismes ne jouent qu'un rôle accessoire et ne peuvent être invoqués dans les cas où l'affection se développe en dehors de tout

travail manuel et envahit successivement les deux mains. Goyrand d'Aix (1835) fait jouer un grand rôle à l'hérédité; Gerdy, J. Guérin, Nélaton, Adams, Paget admettent l'influence d'une cause générale et incriminent surtout la goutte et le rhumatisme; aujourd'hui, on a tendance à faire de cette affection une des manifestations de l'arthritisme (Amat, *Gaz. médic. Paris*, 1886). Cette théorie de l'influence générale a été bien exposée dans la thèse de Menjaud (Paris, 1861).

Boyer considérait l'affection comme due à un dessèchement des tendons et de la peau (*crispatura tendinum*). Dupuytren l'attribuait au raccourcissement des languettes fibreuses qui se rendent de l'aponévrose palmaire sur les côtés des tendons. Pour Madelung, la rétraction n'est que secondaire; la première modification pathologique serait la disparition des pelotons graisseux compris entre les tractus fibreux de l'aponévrose palmaire et les nombreux prolongements qu'elle envoie à la peau. Cette disparition, due à l'âge, aux traumatismes et à l'inflammation, laisse les couches profondes exposées aux pressions surtout au niveau de la tête des métacarpiens et des tendons fléchisseurs. Le tissu insuffisamment garanti s'enflamme, et il se fait une hyperplasie, puis une rétraction des tissus fibreux.

Quelle que soit la nature de cette affection, les lésions, quand elles sont avancées, semblent occuper tous les tissus qui ont pour base la fibre albuginée, peau, tissu cellulaire, aponévrose. Elles occupent surtout l'aponévrose palmaire: celle-ci présente des brides saillantes dont les unes, profondes, vont s'insérer sur les côtés des première et deuxième phalanges, au périoste ou aux gaines, les autres, superficielles, se rendent au derme. Les tractus fibreux présentent quelquefois de petites indurations, de véritables petits fibromes (Richet).

Leur siège ordinaire est le bord cubital de la main; mais ils peuvent se rencontrer aussi vers le bord radial.

D'après les dissections de Dupuytren, de Richet, de Sévestre, Poulillon, Blum, Adams, l'aponévrose doit être considérée comme le siège exclusif de la rétraction; elle a été trouvée *triplée d'épaisseur* (Variot, in thèse de Chevrot, 1882).

Variot a également constaté l'épaississement de l'épiderme et du derme, la disparition des aréoles graisseuses, la confusion du derme et de l'aponévrose en une couche comme cicatricielle et l'épaississe-

ment des parois des glandes sudoripares, en un mot la sclérose de tous les tissus fibreux de la main et des doigts.

Dans une autre théorie, moins acceptée, déjà émise par Malgaigne et reprise par Baum de Dantzick (1878) et Amat (1886), l'affection serait due à un processus dégénératif de la peau et la rétraction de l'aponévrose ne serait que secondaire. Cette dégénérescence scléreuse pourrait envahir en même temps d'autres régions de la peau, comme les pieds et les mollets (Amat), et reconnaîtrait peut-être une influence nerveuse que permet de soupçonner la disparition de la sueur à la paume des mains (*id.*).

Les tendons et leurs gaines restent indemnes; les tendons sont simplement raccourcis et rétractés de même que les tissus fibreux qui entourent les articulations des doigts.

Signes et diagnostic. — L'affection débute par une gêne dans l'extension des doigts; puis des indurations sous-cutanées, quelquefois un peu douloureuses, se montrent à la face palmaire; elles forment ensuite une bride verticale et le doigt correspondant se fléchit progressivement.

La première et la deuxième phalange se fléchissent; la phalange ne s'infléchit jamais sur la phalangine. Dans les tentatives d'extension, les doigts ne peuvent s'étendre ou être étendus. A un degré avancé, ils s'infléchissent de plus en plus vers la paume de la main et peuvent s'y appliquer tout à fait en s'y creusant un sillon.

On constate la présence à la paume de la main d'une bride sous-cutanée située dans la direction d'un tendon fléchisseur et allant gagner la partie médiane ou latérale d'un doigt; elle ne consiste quelquefois qu'en une série de petites nodosités isolées les unes des autres (Polaillon). Elle dessine sous la peau une arcade rigide plus ou moins longue et régulière ou bosselée, à concavité supérieure et antérieure. Cette saillie s'exagère par l'extension forcée du doigt. A ce niveau, la peau indurée, adhérente, sèche et privée de sueur, présente des plis transversaux.

Généralement, la flexion débute par l'annulaire ou l'auriculaire de l'une ou de l'autre main; le médius et l'index sont moins souvent atteints; la flexion du pouce est rare.

La marche de l'affection est lente, mais fatalement progressive.

Le *diagnostic* est en général des plus faciles. Polaillon donne comme excellent le signe suivant : les *trois* phalanges sont égale-

ment fléchies quand la rétraction dépend des muscles comme à la suite d'un phlegmon des gaines ou d'une contracture des fléchisseurs, tandis que la *première* et quelquefois la *seconde* sont seules fléchies, quand la rétraction dépend de l'aponévrose.

Traitement. — Au début de l'affection, le traitement médical par l'iodure de potassium à doses croissantes, par les onctions mercurielles, iodurées, par l'enveloppement des mains dans des gants de caoutchouc, semble avoir donné quelque succès et doit être essayé.

L'extension continue à l'aide d'appareils et le massage peuvent aussi s'opposer aux progrès des lésions, surtout chez de jeunes sujets. Le plus souvent, quand la bride est ancienne, chez les sujets âgés, il est nécessaire d'avoir recours au traitement chirurgical.

L'incision transversale de Dupuytren sur la bride et sa section sous-cutanée proposée par A. Cooper ne doivent être rappelées que pour mémoire.

L'incision longitudinale sur la bride saillante et l'incision ou même l'excision de celle-ci, recommandées par Goyrand d'Aix, constituent un progrès et permettent la réunion des téguments.

Aujourd'hui, on s'adressera de préférence au procédé de Richet, dans lequel la dissection d'un lambeau cutané permet l'excision de la bride saillante et la suture des téguments, ou mieux encore au procédé de Busch (1875). Celui-ci consiste à tailler et à disséquer par sa face profonde un lambeau de peau triangulaire dont la base correspond au sillon qui sépare le doigt fléchi du creux de la main et dont le sommet se termine au niveau du point le plus élevé de la paume, qui se trouve distendu lorsque le doigt est dans une extension complète. Tous les tractus fibreux qui empêchent le redressement du doigt sont successivement sectionnés jusqu'à ce qu'on obtienne une extension complète.

Quel que soit le procédé employé, le doigt devra être pendant longtemps immobilisé dans cette attitude.