

profond s'accompagne de douleurs extrêmement violentes, dues à l'étranglement de la synoviale enflammée par les tissus fibreux qui la doublent. Rapidement le doigt se fléchit à demi en crochet; il conserve cette attitude tant que dure l'inflammation, car la flexion met les parties molles dans le relâchement et diminue la compression de la synoviale.

A ces signes locaux se joint un cortège de symptômes généraux graves : fièvre intense, frissons, langue sèche, nausées, céphalalgie, insomnie, quelquefois même délire.

Si l'on n'intervient pas, les phénomènes locaux s'aggravent, enfin le pus se fait jour par un ou plusieurs orifices sur les côtés ou à la face palmaire du doigt; ainsi se forment des fistules qui donnent issue à une suppuration fétide d'où s'échappent bientôt des fragments de tendons mortifiés. Dès que le pus s'écoule au dehors, il survient une détente dans l'état général.

Le pronostic de cette variété de panaris est sérieux. La perte des tendons compromet nécessairement les fonctions du doigt, en outre les nécroses des phalanges ne sont pas rares. La disposition des gaines du pouce et de l'auriculaire explique suffisamment la gravité exceptionnelle du panaris de ces doigts; ils s'accompagnent de phlegmons de la paume de la main, de l'avant-bras qui exposent les malades à la perte du membre et ont même entraîné la mort. Sur un total de trois cent quatre-vingt-un (381) panaris de tout genre, PRAT compte six (6) décès et quinze (15) amputations ou désarticulations.

Traitement. — Pendant la première période du mal, des bains locaux prolongés, de vastes cataplasmes enveloppant toute la main modéreront l'inflammation; joints à l'emploi de fortes doses d'opium à l'intérieur, ces moyens calmeront en partie la douleur. Si les symptômes locaux ne diminuent pas après trois ou quatre jours de ce traitement, il est indiqué d'inciser profondément afin de prévenir l'exfoliation des tendons, les bains antiseptiques prolongés constitueront alors la meilleure des médications. Dans l'intervalle des séances de balnéation, la main sera enfermée dans un pansement antiseptique. A l'aide de ces précautions un chirurgien prudent peut espérer conserver au malade l'usage de son doigt; malheureusement les patients ne viennent bien souvent réclamer les secours de l'art qu'après avoir abusé des topiques et onguents réputés abortifs dans le public. La première indication est encore de mettre le membre dans un bain antiseptique, puis après avoir fait les débridements convenables, passé au besoin un ou plusieurs drains et paré aux accidents immédiats, on supprimera ultérieurement les parties mortifiées.

D. — PANARIS OSTÉO-PÉRIOSTIQUE

Certains auteurs, en particulier ROUX, POLAILLON et LANNELONGUE, décrivent sous ce nom une variété de panaris dans lequel le phlegmon a pour point de départ l'os et le périoste; pour CAMPS, élève de LANNELONGUE, cette ostéomyélite assez commune se développe consécutivement à la pénétration dans l'économie d'agents septiques venus du dehors et détermine la nécrose des phalanges; si la phalange ou la phalangine sont atteintes, l'inflammation primitive du squelette envahira la gaine des tendons, déterminant la série des phénomènes que

nous avons décrits précédemment; au contraire, lorsque le processus se localise au niveau de la phalangette, il n'y a jamais de synovite secondaire. DOLBEAU rejetait complètement cette origine osseuse du panaris, et pensait que dans les diverses circonstances il s'agissait simplement d'une dactylite simple décrite par BAUCHET sous le nom de *panaris de la pulpe*.

« Il est caractérisé dès son début par une douleur vive qui devient atroce en très peu de temps, s'exaspère à la moindre pression et constitue le symptôme dominant de la lésion. Il n'y a aucune trace de rougeur à la peau ni sur la partie malade, ni sur la face dorsale des doigts. La seule chose qu'on observe avec la douleur, c'est une légère tuméfaction et surtout une assez notable augmentation de densité de la pulpe » (DOLBEAU).

Traitement. — Pour éviter ces divers accidents, il faut se hâter d'inciser après vingt-quatre ou trente-six heures au plus. L'incision doit être profonde et aller jusqu'à l'os. Comme les douleurs résultant de l'intervention sont des plus vives, nous conseillons d'éthériser au préalable la région. Si les choses sont abandonnées à elles-mêmes, il se forme des trajets fistuleux qui persistent jusqu'à ce que les séquestres aient été enlevés ou éliminés.

2^o ARTHRITES DES DOIGTS

Les arthrites des doigts surviennent sous des influences diverses (contusion, entorse, goutte, tuberculose aiguë ou chronique). Ces inflammations affectent toutes les formes depuis la phlegmasie simple de la synoviale jusqu'à la tumeur blanche suppurée.

Une douleur vive accrue par les mouvements et la pression annonce le début du mal, bientôt la région devient le siège d'un gonflement et d'une rougeur diffuse. Instinctivement le patient immobilise l'articulation malade; presque toujours les mouvements communiqués restent possibles et le chirurgien perçoit alors une série de craquements, indice d'altérations de la synoviale et des cartilages.

Les arthrites d'origine rhumatismale guérissent spontanément en laissant après elles une raideur articulaire plus ou moins prononcée; les arthrites traumatiques, souvent négligées, peuvent entraîner la suppuration à la suite de laquelle le patient sera trop heureux s'il guérit avec une ankylose. D'après les recherches de LAGRANGE, dans les arthrites traumatiques, pour un cas dans lequel les mouvements reviennent d'une manière rapide et complète il y en a cinq ou six qui se compliquent d'inflammations articulaires sérieuses.

Traitement. — Dès les premiers signes de l'inflammation, il convient d'immobiliser l'articulation atteinte à l'aide d'un petit appareil fait en gutta-percha, avec un bandage plâtré ou silicaté. S'il s'agit d'une arthrite rhumatismale, une application de pointes de feu tout autour de la jointure suffit fréquemment à enrayer le mal. Les bains et pansements antiseptiques, l'immobilisation, les cautérisations, l'abrasion des masses fongueuses rendront les plus grands services dans les arthrites suppurées; enfin le chirurgien ne devra jamais se hâter d'enlever les parties compromises, surtout en présence de lésions du pouce et de l'index.

3° OSTÉO-PÉRIOSTITES ET OSTÉITES

Bibliographie. — a. *Spina ventosa*. — CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. anat.*, 1840. — VERNEUIL, *cod. loc.*, 1854. — FOUCHER, *cod. loc.*, 1856. — TEEVAN, *The Lancet*, 1864, t. 1^{er}, p. 478. — POST, *Med. Rec.*, t. II, New-York, 1867. — BOUCHUT, *Maladies des enfants*, 1878. — BIDDER, *Arch. de Langenbeck*, 1879. — PARROT, *Gaz. méd.*, 1880, Thèses de Paris. — 1877, GÖTZ, NOGUET. — 1879, COTTIN. — 1883, BOUIS.
b. *Dactylite syphilitique*. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, 1859. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1860. — ARCHAMBAULT, *Union méd.*, 1869. — VOLKMANN, *Berl. klin. Wochens.*, 1870. — HEYFELDER (O.), *Schmidt's Jahrb.*, 1872. — TAYLOR, *Arch. of Scient. and Pract. med.*, 1873. — BASEY, *Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1874. — STURGIS, *Journ. cutan., and Venerien Diseases*, t. 1^{er}, 1882. Thèses de Paris. — 1859, VAN OORDT.

Les affections inflammatoires du périoste et du tissu osseux se produisent ici sous l'influence des causes ordinaires (traumatisme, rhumatisme, syphilis) dont nous avons montré la puissance (t. 1^{er}, p. 712). Sans revenir sur l'anatomie pathologique et les signes qui caractérisent l'ostéite, nous rappellerons que les métacarpiens et les phalanges sont spécialement le siège de cette variété d'ostéite rhumatismale, sur laquelle ont insisté CADIAT et FÉRÉOL.

DUPLAY et COTTIN décrivent aussi une ostéite épiphysaire primitive en tout semblable à celle que l'on observe sur les os longs des membres. Rare à la phalange, cette ostéite se rencontre à la première phalange et surtout aux métacarpiens, elle se développe au niveau du cartilage de conjugaison, c'est-à-dire à l'extrémité inférieure des métacarpiens et à l'extrémité supérieure des phalanges.

Spina ventosa. — On désigne sous le nom de *spina ventosa*, de dactylite profonde strumeuse, « une maladie propre aux enfants entachés de scrofule, se manifestant presque exclusivement sur les os longs de la main et du pied, et caractérisée par une intumescence à marche lente et sans douleur ne portant que sur la diaphyse de cet os » (GÖTZ).

Cette définition, que nous empruntons à une thèse écrite sous l'inspiration de LANNELONGUE, nous montre combien étaient vagues les idées avant les dernières recherches sur la tuberculose osseuse, car le *spina ventosa* est tout simplement une ostéite tuberculeuse.

Différentes opinions ont été émises sur la nature intime du mal ; BOYER, qui lui donna le nom de *spina ventosa*, localisa les lésions dans le canal médullaire des phalanges ; GERDY, en 1835, en faisait une ostéite raréfiante bulleuse ; VOLKMANN, en 1865, croit qu'il s'agit d'une ostéomyélite végétante ; cependant, guidé par les recherches de NÉLATON sur la tuberculose osseuse, BÉRARD affirmait dès 1840 (in *Dict. en 30 vol.*, t. XXIII, p. 508) que le *spina ventosa* des phalanges était le résultat de tubercules enkystés. Les travaux récents sur la tuberculose osseuse et, dans l'espèce, le mémoire de PARROT ont confirmé cette manière de voir.

Sur trente-cinq (35) cas observés par GÖTZ on compte vingt-deux (22)

garçons ; la majorité des petits malades, vingt-trois (23) avaient moins de quatre ans ; FOUCHER a publié toutefois un exemple manifeste de *spina ventosa* chez un homme de vingt-cinq (25) ans.

La main paraît plus fréquemment atteinte que le pied, les doigts que les métacarpiens ; la première phalange du troisième doigt et le troisième métacarpien sont le lieu d'élection de la lésion ; dans quelques observations plusieurs os étaient envahis simultanément.

Pendant une première période susceptible de se prolonger durant des mois, une phalange augmente de volume, sans douleur, sans gêne des mouvements, sans réaction fébrile. Lorsque la première phalange est envahie par le mal le doigt prend la forme d'une bouteille, d'un fuseau, d'un radis ; les parties molles ne participent jamais au travail pathologique, la peau reste normale.

Après une période stationnaire, le *spina ventosa* subit un retrait progressif et la résolution commence ; cette heureuse terminaison est exceptionnelle, car habituellement la peau devient rouge, luisante, s'amincit, puis se rompt spontanément. Alors se forment, sur la face dorsale ou sur les parties latérales des doigts (jamais à la face palmaire), une ulcération et une fistule. Le stylet introduit par ce trajet arrive sur un os dénudé et souvent pénètre dans le canal médullaire. Il est bien difficile à partir de cette période que la guérison spontanée survienne. Cependant lorsque l'état général du sujet est satisfaisant, l'os s'élimine peu à peu, les orifices fistuleux s'oblitérent, il se fait une cicatrice déprimée, gaufrée, indélébile. Les doigts ainsi maltraités seront susceptibles de rendre des services car les articulations restantes fonctionnent bien après la guérison.

Les altérations anatomo-pathologiques du *spina ventosa* sont celles de l'ostéo-périostite tuberculeuse, il nous semble inutile de revenir sur cette étude. Pendant les premières périodes de la maladie, le médecin s'occupera de modifier l'état général du sujet par les toniques et les reconstituants, en même temps le doigt sera immobilisé. Si sous l'influence de ces moyens et après application répétée de pointes de feu, il ne se manifeste aucune amélioration, si surtout il existe un trajet fistuleux, l'intervention chirurgicale devient urgente. L'évidement nous paraît ici l'opération la plus rationnelle ; le chirurgien s'efforcera d'enlever toutes les parties atteintes, et s'il reste quelques points suspects ils seront modifiés avec le fer rouge.

Dactylite syphilitique. — L'ostéite syphilitique des doigts, bien connue aujourd'hui grâce aux recherches d'ARCHAMBAULT, CURTIS, HEYFELDER, RUGIERO, etc., est une manifestation tardive de la syphilis héréditaire ; rare chez les très jeunes enfants, on la rencontrerait de préférence chez les adolescents.

Cette variété d'ostéite se traduit par un gonflement qui porte sur une ou deux phalanges, mais de préférence sur la première et produit un allongement du doigt ; cette augmentation de volume s'accompagne de douleurs modérées pendant le jour et assez intenses durant la nuit. La peau amincie, tendue, luisante, s'ulcère parfois, mettant à nu des fongosités saignantes au milieu desquelles le stylet pénètre jusqu'à la phalange nécrosée et cariée. Parmi les caractéristiques

tères du mal il faut encore signaler une tendance spéciale à affecter plusieurs doigts simultanément ou successivement.

Le diagnostic, malgré cela, ne laisse pas de présenter de sérieuses difficultés; cependant les douleurs nocturnes, le peu de tendance à la suppuration, la présence d'autres lésions syphilitiques, les antécédents du sujet ou de ses proches éclaireront le praticien sur la véritable nature du mal. Il importe d'instituer sans retard le traitement mixte si l'on veut atténuer les accidents et prévenir la désorganisation du doigt.

4° RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE

Bibliographie. — DUPUYTREN, *Transact. médic.*, t. XI, 1833 et *Leçons orales de clin. chir.*, t. IV, 1839. — GOYRAND, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1833 et *Gaz. méd.*, 1835. — J. GUÉRIN, *Gaz. méd. de Paris*, 1832. — GERDY, *Chir. prat.*, t. II, 1852. — CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VIII. — MALGAIGNE, *Leçons d'orthopédie*, 1862. — EULEMBURG, *Berl. klin. Wochens.*, 1864. — B. ANGER, *France méd.*, 1875. — ADAMS, *Brit. Med. Journ.*, 1878. — BAUM, *Centr. f. Chir.*, 1878. — DESPRÈS, *Gaz. méd. de Paris*, 1880. — WALZBERG, *Stetter, Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1881. — ABBE, *New-York Med. Journ.*, 1884. — Thèses de Paris. — 1832, AVIGNON DE MORLAC, LEMOINE, MAUDET. — 1861, MENJAUD. — 1866, FORT (Agrég.). — 1871, ROQUE. — 1874, MEILLET. — 1878, BAILLOD, LARGILLIÈRE. — 1882, JEANPIERRE, CHEVROT. — 1884, VIGER. — 1885, COSTILHES.

DUPUYTREN a donné ce nom à une difformité acquise, dans laquelle une série de lésions dont nous allons essayer de pénétrer le mécanisme entraîne la flexion permanente de plusieurs doigts. BOYER et BONNET avaient pensé que cette déformation était due à des altérations tendineuses et la décrivaient sous le nom de *crispatura tendinum*.

Étiologie. — Cette maladie se rencontre de préférence chez les individus qui se livrent à des professions manuelles pénibles (forgerons, laboureurs, blanchisseuses, graveurs, menuisiers, maçons, maîtres d'armes, etc.). Aussi DUPUYTREN affirmait-il que la cause de cette altération était toute mécanique et qu'il fallait accuser le traumatisme seul. Après lui, cependant, GOYRAND, GERDY, NÉLATON, etc., observent la rétraction de l'aponévrose palmaire chez des gens qui ne font aucun travail manuel et, de plus, voient les lésions occuper les deux mains; dès lors, sans nier l'influence du traumatisme, les auteurs estiment que cette affection doit se rattacher à un état général et font intervenir l'hérédité (GOYRAND), la goutte et le rhumatisme (MENJAUD, RICHEL, JACQUELIN, E. BESNIER), la syphilis (RICHEL, RICORD), le diabète (VERNEUIL).

L'examen attentif des faits permet de conclure que la rétraction de l'aponévrose palmaire atteint surtout les personnes d'un âge mûr, les hommes à l'exclusion des femmes; quelquefois elle est héréditaire et presque toujours on trouve dans les antécédents du malade des signes plus ou moins prononcés d'arthritisme, de syphilis ou de diabète.

Anatomie pathologique. — Grâce aux dissections de RICHEL, SEVESTRE,

POLAILLON, BLUM, RICHER, RÉMY, MÉRICAMP, nos connaissances sur l'anatomie pathologique de la lésion sont aujourd'hui assez précises. Les descriptions des divers auteurs précités concordent toutes. La peau ne paraît pas altérée, l'aponévrose seule est épaissie; de sa base partent des tractus fibreux qui se rendent au niveau des commissures des doigts ou sur les phalanges, et s'insèrent soit à la face profonde du derme, soit à la face antérieure de la gaine des fléchisseurs. « Ces brides affectent une disposition en bandelettes, en pinces, en lamelles, en cordons. Elles sont remplacées quelquefois par de véritables tumeurs fusiformes, tantôt isolées, tantôt superposées comme les grains d'un chapelet » (POLAILLON). Il existe aussi des fibres transversales qui vont d'une des articulations métacarpo-phalangiennes à l'articulation voisine ou un peu plus loin. Ces diverses brides siègent communément vers le bord cubital de la main; toutefois il est faux d'admettre qu'on ne les rencontre jamais vers le bord radial.

Nature de la maladie. — D'après la description précédente, il faudrait conclure, avec POLAILLON, que la rétraction de l'aponévrose palmaire « dépend d'un processus inflammatoire chronique localisé dans le plan fibreux et résistant qui double les téguments de la face palmaire ». Cette manière de voir n'a pu réunir tous les suffrages. Déjà MALGAIGNE avait fait intervenir la rétraction de la peau; cette opinion a été reprise en 1875 par BAUM (de Dantzick). Si l'on en croit cet auteur, l'affection débiterait en effet par l'inflammation chronique de l'aponévrose palmaire, mais ultérieurement se produirait dans la peau un tissu de cicatrice qui fixe les doigts dans la position fléchie. BLUM a observé un fait qui semble confirmer cette opinion.

MADLUNG estime que la rétraction aponévrotique est secondaire; la modification pathologique, la première en date, serait la résorption des pelotons graisseux compris entre les tractus fibreux de l'aponévrose palmaire et les nombreux prolongements qu'elle envoie à la peau. L'âge, les traumatismes, l'inflammation amènent la disparition de cette graisse qui sert à protéger les couches profondes contre la pression; dès qu'elle a disparu, les tissus insuffisamment garantis contre les pressions s'enflamment, il y a hyperplasie puis rétraction des cordons fibreux.

En somme, les diverses parties molles de la paume de la main jouent un rôle plus ou moins actif dans ce processus. « Depuis le derme de la peau jusqu'aux ligaments latéraux des articulations, tous les tissus qui ont pour base la fibre albuginée sont indurés, épaissis, racornis. » (RICHEL).

Symptômes. — Une gêne manifeste dans l'extension de l'annulaire et de l'auriculaire caractérise le début de cette singulière affection; au niveau de la partie interne de la paume de la main se montrent des noyaux indurés, gros comme une lentille ou un pois. La peau, d'abord lisse, devient adhérente, les nodosités se fusionnent, constituant une bride sous-cutanée qui s'étend jusqu'à la base de la deuxième phalange. Cette corde limite l'exécution des mouvements et les gêne de plus en plus, le doigt correspondant s'infléchit progressivement, la première phalange sur le métacarpien, la deuxième sur la première (fig. 222). Jamais la phalange n'est fléchie sur la phalangine.

Lorsque la maladie est confirmée, il existe dans la paume de la main une

bride sous-cutanée, une corde dure qui commence au pli de flexion supérieur et de là se porte à la façon d'un pont jusqu'à la base de la deuxième phalange.

La marche de la rétraction est lente mais progressive, les patients n'accusent aucune douleur spontanée; seule l'extension forcée détermine quelques souffrances.

Diagnostic. Pronostic. — La prédilection de la rétraction de l'aponévrose palmaire pour les trois derniers doigts et spécialement l'annulaire, son mode de développement, la présence de brides palmaires, de noyaux indurés, la flexion des deux premières phalanges permettront d'arriver au diagnostic. Il est facile de reconnaître les rétractions cicatricielles suite de plaies ou de brûlures.

Bien qu'elle ne compromette en rien l'existence, cette lésion ne laisse pas

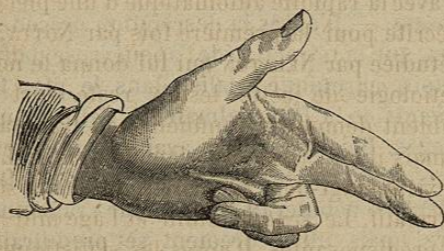


Fig. 222. — Rétraction de l'aponévrose palmaire (Extrait du Bulletin de thérapeutique).

de présenter une grande gravité, car elle entraîne peu à peu l'abolition des mouvements des doigts.

Traitement. — Tous les médicaments usités contre la goutte et le rhumatisme ont été conseillés et mis en usage avec le même insuccès. Le massage et les moyens orthopédiques restent aussi insuffisants s'ils sont employés seuls, aussi les chirurgiens ont-ils songé à faire la section des brides fibreuses, directement à ciel ouvert ou par la méthode sous-cutanée. DUPUYTREN, GOYRAND, RICHEL opéraient à ciel ouvert. Ce dernier auteur taille un lambeau cutané rectangulaire permettant d'exciser la bride, puis pratique la suture. BUSH agit de même, mais se sert d'un lambeau triangulaire à sommet inférieur. Grâce à la méthode antiseptique, ces tentatives sont beaucoup moins dangereuses aujourd'hui qu'autrefois. J. GUÉRIN, FERGUSON, BRYANT, ADAMS ont recommandé les sections sous-cutanées, applicables lorsque les brides nettement délimitées n'adhèrent pas à la peau.

Quelle que soit la méthode mise en usage, il faudra ensuite prévenir les récidives et faciliter le retour des mouvements à l'aide d'appareils orthopédiques, du massage, de la gymnastique.

5^e DOIGT A RESSORT

Bibliographie. — NOTTA, *Arch. gén. de méd.*, 1850, et *Gaz. des Hôp.*, 1860. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1850. — DUMAREST, *Lyon méd.*, 1872. — HAHN, *Allgem. med. Centr. Zeitsch.*, t. XLIII, 1874. — O'BERGER, *Schmidt's Jahrbuch*, 1875. — BLUM, *Arch. de méd.*, mai 1882. — MARCANO, *Progrès méd.*, 1884. — REHN, *Centralbl. f. Chir.*, 1884.

On désigne sous le nom de *doigt à ressort*, une singulière affection caractérisée par les troubles fonctionnels suivants : Dans les mouvements de flexion un doigt se trouve brusquement arrêté, puis si le patient fait un effort l'obstacle est franchi avec un craquement perceptible à distance, et le mouvement reprend sa course avec la rapidité automatique d'une pièce mue par un ressort.

Étiologie. — Décrite pour la première fois par NOTTA, en 1850, cette maladie a été ensuite étudiée par NÉLATON qui lui donna le nom pittoresque qu'elle a conservé. L'étiologie de cette lésion reste fort obscure; quelques observations semblent démontrer l'influence du traumatisme, d'autres celles du rhumatisme, mais il n'y a encore rien de précis. Le peu d'observations rapportées (il en existe vingt-deux (22) environ dans la science) ne permettent pas d'être trop affirmatif. Le sexe féminin et l'âge mûr paraissent constituer des circonstances prédisposantes. D'après les statistiques, en effet, le nombre des femmes atteintes serait à celui des hommes dans le rapport de 3 à 1 et la plupart des malades avaient dépassé quarante ans. Parmi les doigts de la main, le pouce et l'annulaire fournissent le contingent le plus élevé, plusieurs doigts peuvent se trouver pris simultanément.

Pathogénie. — NOTTA et NÉLATON pensent que le phénomène du doigt à ressort est dû à un épaissement de la synoviale du tendon fléchisseur là où elle se replie en cul-de-sac autour des tendons. Au niveau de ce cul-de-sac, situé près du pli palmaire inférieur, existe le bord transversal de l'aponévrose palmaire qui arrêtera le mouvement de flexion dès que la gaine sera épaissie.

Cette explication admise par la majorité des auteurs ne saurait s'appliquer au pouce et à l'auriculaire dont les gaines descendent jusqu'au niveau du poignet; il faut alors supposer que ce dépôt élastique s'est produit sur le tendon lui-même ou dans son épaisseur car, en enroulant un fil sur les tendons fléchisseurs de manière à augmenter leur volume, BLUM a vu le ressaut se produire chaque fois que le point artificiellement épaissi franchissait dans l'un ou l'autre sens l'entrée de la gaine.

Traitement. — Les émollients, les bains de vapeur, le massage n'ayant pas donné de résultats, NÉLATON avait proposé de recourir à la section sous-cutanée de l'arcade fibreuse. « S'il m'était démontré que la nodosité appartient à la gaine, non au tendon, je préférerais son extraction par une incision à ciel ouvert, comme on le fait pour un corps étranger » (POLAILLON.)