

## § 4. — Tumeurs de la main

**Bibliographie générale.** — ANNANDALE, *Diseases of the Finger*, Edinburgh, 1865. — RIZET, *Arch. de méd.*, 1866, t. II. — POLAILLON, art. MAIN et DOIGT du *Dict. encycl. de Sc. Méd.*, 1871. — LE DENTU, art. MAIN du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1875. — VOGT, *Deutsch. Chir. de BILTROTH et LÜCKE*, 1881.

L'étude des tumeurs de la main et des doigts a été l'objet de recherches sérieuses de la part d'ANNANDALE, VOGT, POLAILLON; mettant à contribution leurs travaux, nous décrirons rapidement ces diverses lésions.

**Division.** — Les tumeurs de la main se divisent en : Tumeurs liquides et tumeurs solides; celles-ci à leur tour se répartissent en deux groupes, suivant leur caractère de bénignité ou de malignité.

## 1° TUMEURS LIQUIDES

**Bibliographie.** — a. *Angiomes.* — CRUVEILHIER, *Traité d'anat. path.*, t. III, p. 880, 1856. — DUPUYTREN, *Gaz. méd. de Paris*, 1834. — ESMARCH, *Arch. de Virchow*, t. VI, 1854. — RICHEL, *Gaz. des Hôp.*, 1860. — CURLING, *The Lancet*, 1861. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1875. — DEVILLIERS, *Bull. de la Soc. anat.*, 1876. — PÉAN, *Leçons de clin. chir.*, 1882.

b. *Anévrysmes.* — DUPUYTREN, *Gaz. méd. de Paris*, 1834. — LANGSTON PARKER, *The Lancet*, 1856. — MARJOLIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1858. — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1859. — MAZADE, *cod. loc.*, 1863 et 1866. — PITHA, *Gaz. hebdom.*, 1866. — VICCELLI, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1867. — VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1874. — DESPRÉS, *cod. loc.*, 1877. — POZZI, *cod. loc.*, 1881.

Thèses de Paris. — 1870, DUVERNOY. — 1875, O'NEIL.

c. *Kystes.* — FOUCHER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854. — MURON, *Bull. de la Soc. anat.*, 1868. — B. ANGER, *Arch. gén. de méd.*, 1870. — GIBIER, *Progrès méd. et Bull. de la Soc. anat.*, 1882. — POLAILLON, *Union méd.*, 1884.

a. *Angiomes.* — Il en existe deux variétés bien distinctes : les angiomes simples, caverneux ou tumeurs érectiles, et les angiomes rameux ou anévrysmes cirsoïdes; ces derniers, intéressant d'ordinaire plusieurs segments du membre supérieur, seront décrits ultérieurement.

*Tumeurs érectiles.* — Les tumeurs érectiles occupent tantôt la paume ou le dos de la main, tantôt les doigts. Il est assez commun de rencontrer dans cette région ces petites taches rouges, connues sous le nom d'envies, de *navi materni*; leur coloration varie depuis le rouge vif jusqu'à la teintelle de vin, selon qu'elles sont constituées par des dilatations artérielles ou veineuses. Les *navi* d'origine veineuse ne présentent aucune gravité; les autres, au contraire, seraient susceptibles de se transformer en angiomes caverneux. CRUVEILHIER, DUPUYTREN, ESMARCH, LANGENBECK, RICHEL ont publié des exemples de tumeurs érectiles veineuses de la main. CRUVEILHIER parle de deux vieilles femmes

chez qui il constata un très grand nombre de petites tumeurs bleuâtres, bosselées, localisées sur les doigts et l'avant-bras.

Dans le cas d'ESMARCH, sur cinquante-quatre (54) tumeurs de ce genre, quarante (40) siègeaient à la main; leur ablation nécessita cinq opérations successives.

Les angiomes des doigts, habituellement multiples, ont presque toujours une origine congénitale; cependant DUPLAY a enlevé à un terrassier, sur la face dorsale de la main droite, un angiome caverneux développé consécutivement à un coup de crosse de fusil reçu pendant la guerre franco-allemande.

A la longue ces tumeurs peuvent s'ulcérer, se gercer; il se produit alors des hémorragies répétées et abondantes qui, dans un cas rapporté par DEVILLIERS, ont obligé DE SAINT-GERMAIN à amputer l'avant-bras.

Les angiomes de la main sont-ils susceptibles de se transformer en tumeurs malignes? POLAILLON, se basant sur deux faits relatés par CURLING et HANUSCHKE, répond par l'affirmative.

Malgré cela, les angiomes de la main doivent être regardés comme des tumeurs bénignes; il est indiqué de les respecter tant qu'ils n'occasionnent pas de douleurs et ne se compliquent pas d'hémorragies. La ligature, les injections coagulantes, la transfixion avec des épingles, l'ablation au bistouri seront alternativement employées.

b. *Anévrysmes.* — Tous les anévrysmes observés à la main et aux doigts étaient d'origine artérielle. Ils siègent ordinairement sur le trajet de l'arcade palmaire superficielle, dans le premier espace inter-osseux, sur l'éminence thénar (PILCHER, DUVERNOY), à la naissance d'une artère digitale, dans la paume de la main, sur la collatérale d'un doigt (VERNEUIL, DELORE).

Les anévrysmes spontanés sont exceptionnels, la majorité des tumeurs de cette nature ont succédé à une plaie. Sur soixante-douze (72) blessures de la région palmaire relevées par MARTIN, dix-sept (17) ont été suivies d'anévrysmes.

Jamais ces diverses productions n'acquièrent un développement bien considérable: leur volume égale celui d'un pois (DUPUYTREN, NÉLATON, MAZADE), d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de poule (GUÉRINEAU), d'une pomme (GUATTANI).

On y retrouve tous les signes classiques des anévrysmes : battements isochrones au pouls, bruit de souffle intermittent, réductibilité. Suivant leur situation, ils occasionnent une gêne dans les mouvements, des douleurs plus ou moins vives, des paralysies partielles par compression nerveuse.

Parmi les diverses méthodes de traitement qui toutes ont donné de bons résultats, la meilleure, sans contredit, est la compression indirecte faite avec les doigts ou à l'aide d'un appareil compresseur. VICCELLI obtint aussi la cessation des battements en une demi-heure par la compression continue. PITHA arriva au même but en deux heures, LANGSTON, PARKER, MARJOLIN, VERNEUIL, MAZADE, SIDNEY JONES vantent la compression digitale intermittente.

c. *Kystes.* — Si l'on fait abstraction des tumeurs développées le long des gaines tendineuses, les kystes de la main et des doigts sont une curiosité pathologique. FOUCHER a rencontré un hygroma situé au niveau de la dernière articulation du médius. Sur un homme de trente-cinq ans, B. ANGER a enlevé



à la face palmaire de la main un kyste hydatique contenant un liquide jaune citrin, une fausse membrane et un cysticerque. STANLEY a trouvé un cysticerque dans la première phalange de l'index. MURON, RIZET, DESPRÈS, POLAILLON ont publié de remarquables observations de kystes dermoïdes. D'après POLAILLON, aux doigts comme dans les autres régions, ces kystes seraient formés aux dépens d'un cul-de-sac cutané qui aurait perdu ses connexions avec la peau du voisinage. Le diagnostic de ces diverses tumeurs n'a été fait qu'après ablation.

## 2° TUMEURS SOLIDES BÉNIGNES

- Bibliographie.** — a. *Verrues. Cornes.* — BERGOT, *Soc. de chir.*, 1875. — STEINHAUSEN, *Gaz. des Hôp.*, 1837. — MORIGGIA, *Gaz. hebd.*, 1866. — HEURTAUX, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IX.
- b. *Lipomes.* — PELLETAN, *Clin. chir.*, t. I<sup>er</sup>, p. 210, 1810. — ROGNETTA, *Gaz. méd. de Paris*, 1834. — ROBERT, *Ann. de thérap.*, 1844. — FOLLIN, *Gaz. méd. de Paris*, 1852. — BOINET, *Gaz. des Hôp.*, 1866. — RICHEL, *eod. loc.*, 1867. — TRÉLAT, *eod. loc.*, 1868. — PERASSI, *Giornale de R. Acad. di med. di Torino*, 1870. — PITRES, *Soc. anat.*, 1873. — RIGAUD, *Revue méd. de l'Est*, 1875. — NOTTA, MOULINIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882. — BRYANT, *The Lancet*, 1884.
- c. *Fibromes.* — DEMARQUAY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1853. — VERNEUIL, *Gaz. méd. de Paris*, 1856. — HILTON, *The Lancet*, 1857. — MARJOLIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1865. — NOTTA, *eod. loc.*, 1877.
- d. *Chondromes.* — DUPUYTREN, *Leçons orales de clin. chir.*, t. II, 1839. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1855. — VOILLEMIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1856. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1857. — DOLBEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1858. — PARISOT, *Gaz. hebd.*, 1868. — SAVORY, *Brit. Med. Journ.*, 1873. — HUTCHINSON, *The Lancet*, 1882. — NICAISE et CHAMBARD, *Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1882.
- Thèses de Paris. — 1856, FAYAU. — 1867, ROQUES. — 1868, VALENTIN.
- e. *Ostéomes.* — BROCA, *Soc. anat.*, 1850. — WATSON SPENCER, *Transact. of the Pathol. Soc.*, t. XVII, 1866. — BILLROTH, *Arch. de Langenbeck*, 1869. — GILLETTE, *Union méd.*, 1874. — LÉO, *Arch. de Langenbeck*, 1875, t. XIX, p. 532.
- Thèses de Paris. — 1876, LAGET. — 1877, FONTANEL. — 1883, LAPASSET.

a. *Papillomes. Cornes.* — La main et les doigts sont un des lieux d'élection des verrues et des cornes.

BERGOT a rapporté à la Société de chirurgie l'observation d'une femme qui portait sur le dos de la main une corne de 5 centimètres de long. HEURTAUX, BEHREND, STEINHAUSER ont relaté des faits semblables.

Relativement à la structure et au traitement de ces tumeurs, nous renvoyons à ce qui a été dit au tome I<sup>er</sup>, pages 70 et 330.

b. *Lipomes.* — Dans son article MAIN, POLAILLON avait réuni en 1871 neuf observations de lipome de la main, il a complété cette statistique à l'article DOIGT par l'indication bibliographique de quatre autres tumeurs du même genre; nous relevons encore un fait analogue publié par BRYANT (*The Lancet*, 1884), ce qui porte à treize environ le nombre des lipomes de la paume de la main.

Ils prennent naissance tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt dans la couche sous-aponévrotique, et présentent tous les caractères extérieurs

du lipome. Parfois dures, élastiques, souvent molles et fluctuantes, ces productions ont occasionné des erreurs de diagnostic d'autant plus faciles à comprendre que, dans les faits rapportés par ROBERT, FOLLIN, BOINET, U. TRÉLAT, BRYANT, la pression produisait une sorte de crépitation ou de frôlement rugueux et prolongé. Étant donné la région, il n'y a rien de surprenant à ce que l'on ait pensé à un kyste à grains riziformes ou à un ganglion. Semblables caractères ont été notés sur les lipomes des doigts.

Nous ne savons rien sur l'étiologie de ces masses graisseuses dont l'ablation a toujours été simple.

c. *Fibromes.* — Les fibromes, aussi rares que les lipomes, se rencontrent à la face dorsale et à la face palmaire de la main; ils se développent dans la couche profonde du derme, sur l'aponévrose palmaire, les tendons, gaines tendineuses, le périoste. Indolentes par elles-mêmes, ces masses ont un accroissement très lent; à la longue elles finissent par s'ulcérer et nécessiter une intervention chirurgicale. Sur onze opérations, POLAILLON signale trois récidives, et encore le diagnostic fibrome n'était pas absolument certain.

d. *Chondromes.* — Ainsi que nous l'avons fait observer, tome I<sup>er</sup>, page 108, la main est un des sièges de prédilection de l'enchondrome. Sur deux cent soixante-sept (267) chondromes des os, WEBER en a rencontré cent trois (103) à la main. D'après les relevés de POLAILLON, la majorité des chondromes se montreraient au-dessus de quinze ans, le sexe masculin semble avoir ici une prédisposition spéciale. Les traumatismes jouent un grand rôle dans l'étiologie de cette affection qui, suivant BRYANT, serait parfois congénitale; PAGET a même admis l'influence de l'obésité.

Sur cent cinq (105) observations, POLAILLON a trouvé trente-deux (32) chondromes isolés, soixante-deux (62) multiples; dans cinq cas il y en avait aux deux mains, six fois aux mains et aux autres os du squelette.

Les enchondromes occupent plus fréquemment les phalanges que les métacarpiens; la première phalange serait deux fois plus souvent atteinte que la seconde; l'enchondrome de la phalange semble rare. Le pouce et l'auriculaire jouiraient d'une sorte d'immunité relativement aux autres doigts.

Sans insister sur les caractères histologiques et le mode de développement de ces tumeurs, nous rappellerons qu'elles prennent naissance: 1° dans le canal médullaire de l'os, cas le plus ordinaire; 2° dans les couches périostiques; 3° dans les parties molles, fait exceptionnel.

Quelle que soit leur origine, les enchondromes constituent des masses assez régulièrement arrondies (fig. 223 et 224), indolentes, élastiques, dures, fixes quand elles ont pris naissance sur le squelette, mobiles si elles n'intéressent que les parties molles. Après être restés stationnaires pendant de longues années, les chondromes de la main sont susceptibles de s'ulcérer, toutefois on n'a jamais vu les chondromes des doigts devenir infectants.

Tant qu'ils ne gênent pas les fonctions de la main et que leur marche envahissante ne fait pas craindre la généralisation, les chondromes de la main doivent être respectés. Les conditions contraires forceraient le chirurgien à intervenir. BLUM recommande alors de recourir à l'évidement, dont se seraient



bien trouvés SÉDILLOT et DOLBEAU; tel n'est pas notre avis, il nous semble plus sûr de désarticuler le doigt ou le métacarpien malade.

e. *Ostéomes*. — Les tumeurs osseuses sont rares et se localisent d'ordinaire sur le squelette, cependant BROCA, P. HEWET en ont signalé dans les parties molles. Sur le squelette on a rencontré des *hyperostoses*, des *exostoses épiphysaires*, des *exostoses sous-unguéales*.

LÉO a publié un fait fort remarquable d'hyperostoses multiples : il s'agit d'un homme de vingt ans, dont presque toutes les phalanges s'étaient hyper-



Fig. 223.

Enchondromes des doigts.



Fig. 224.

trophées, les doigts jouissaient encore de quelques mouvements très bornés, la santé générale était bonne.

ANNANDALE, SPENCER WATSON, RICHEL ont rapporté des exemples d'exostoses épiphysaires solitaires; plus fréquemment les sujets porteurs de ces exostoses ont en même temps de semblables tumeurs sur différents points du squelette.

Les exostoses sous-unguéales apparaissent pendant l'adolescence à l'époque de l'accroissement du système osseux, elles naissent au niveau du bord inférieur du cartilage de conjugaison sous l'influence d'une irritation locale ou d'un traumatisme.

### 3° TUMEURS SOLIDES MALIGNES

**Bibliographie.** — a. *Sarcome*. — MARJOLIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1859. — VOLKMANN, *Arch. de Langenbeck*, 1871-1872, t. XIII. — CARTAZ, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875. — GROSS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878. — DEMAY, Th. de doctorat, Paris, 1880. — CHAUVEL, *Gaz. des Hôp.*, 1881. — LAGRANGE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1882. — PÉAN, *Leçons de clin. chir.*, t. III.

b. *Épithéliome*. — NÉLATON, *Revue de thérap. méd. chir.*, 1856. — BROCA, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866, et *Traité des tumeurs*, 1869. — DUMÉNIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872. — MONORY, Thèse de Paris, 1873. — CARTAZ, *Gaz. des Hôp.*, 1878. — CHAVASSE, *Revue méd. de l'Est*, 1883. — GROSS, *Soc. de méd. de Nancy*, 1884.  
c. *Carcinome*. — VELPEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1850. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1852. — SÉDILLOT, *Contrib. à la chir.*, 1868. — GODLEE, *The Lancet*, 1880. — WHEELER, *Dublin Med. Journ.*, 1882. — HALLE, *Soc. anat.*, 1883.

a. *Sarcomes*. — De toutes les tumeurs malignes, les sarcomes paraissent les plus communs; ils prennent naissance dans le derme, dans le tissu conjonctif sous-cutané, dans le tissu conjonctif interposé aux tendons et aux muscles, dans le périoste, les os (fig. 225). Les tendons et leurs gaines sont plus fréquemment affectés par les productions sarcomateuses que le périoste et les autres tissus des doigts.

Dans quelques observations, en particulier dans celles de COLSON et LAGRANGE,

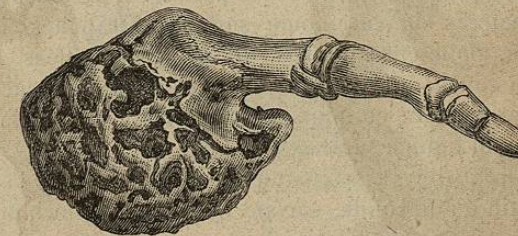


Fig. 225. — Sarcome central en forme de coloquinte de l'extrémité d'une phalange. (Musée du Val-de-Grâce.)

le traumatisme paraît avoir eu une influence très nette sur l'apparition de ces tumeurs; les adultes sont plus prédisposés à ces néoplasmes que les vieillards.

Le principal caractère clinique des sarcomes consiste dans la rapidité ordinaire de leur marche; en général la maladie évolue en deux ou trois ans; parfois elle reste stationnaire pendant une longue période, puis tout à coup se met à marcher rapidement, alors la tumeur se ramollit, s'ulcère et se transforme en une masse de fongosités végétantes.

Dès que les sarcomes deviennent gênants, ils doivent être enlevés largement; c'est la seule manière de prévenir les récives, malheureusement trop fréquentes.

b. *Épithéliomes*. — Les tumeurs épithéliales des doigts affectent la *forme papillaire*, la *forme dermique*, la *forme glandulaire*; de ces trois variétés, l'*épithélioma papillaire* serait le plus commun. La lésion aurait pour origine les papilles hypertrophiées d'une verrue qui, au commencement de la vieillesse, grossit, occasionne des démangeaisons, s'excorie, puis le cancroïde gagne en profondeur et en surface, creusant des ulcérations relativement considérables.

Une induration diffuse de l'épiderme, du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, sans hypertrophie des papilles, caractérise la forme dermique. La maladie débiterait par un épaissement de l'épiderme, dont les éléments



épithéliaux s'infiltrèrent dans la substance du derme et les tissus sous-dermiques. CHAVASSE a enlevé une tumeur de cette nature dont les lamelles épidermiques étaient imbriquées comme les tuniques d'un bulbe d'oignon et entouraient une cavité centrale, contenant des cellules épithéliales, des cristaux de cholestérine et une grande quantité de granulations graisseuses.

Il existe quelques observations d'épithélioma glandulaire des doigts (polyadénome de BROCA, épithélioma tubulé de CORNIL et RANVIER). BROCA en avait déjà cité trois cas dans son *Traité des tumeurs*; nous en relevons d'autres faits dans les thèses de MONORY et DEMAY. Ces diverses productions, que l'on doit enlever sans retard et largement, nécessitent parfois la désarticulation du doigt.

c. *Carcinomes*. — Le carcinome de la main et des doigts affecte d'habitude la forme *médullaire encéphaloïde* (*medullary tumour*). BRYANT l'a rencontré chez un enfant de vingt mois, CHASSAIGNAC chez un garçon de dix-sept ans; mais ce sont là des exceptions, et la plupart des observations de cette nature se rapportent à des vieillards. Pendant les premières périodes de son développement, les caractères du carcinome sont peu tranchés; il constitue des masses fusiformes, globuleuses ou irrégulièrement bosselées. Au bout de peu de temps, la peau rouge, luisante adhère aux parties sous-jacentes, puis à la longue s'amincit et s'ulcère en donnant naissance à une plaie fongueuse, de laquelle s'échappe un liquide sanieux et fétide.

La gravité du pronostic de semblables lésions nécessite la désarticulation du doigt, de la main ou du coude, suivant que le tissu morbide remonte plus ou moins haut.

d. *Mélanomes*. — POLAILLON n'a pu réunir que six cas de cette variété de cancer des doigts; son développement rapide exige une intervention énergique qui ne met pas toujours le patient à l'abri de la récurrence. Tantôt la tumeur prend la coloration caractéristique du mélanome, tantôt la peau ne présente aucune altération particulière; dans ce dernier cas l'examen histologique permet seul de distinguer le cancer mélanique du carcinome.

## CHAPITRE IX

### AFFECTIONS COMMUNES AUX DIVERS SEGMENTS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

#### § 1<sup>er</sup>. — Vices de conformation congénitaux. — Difformités

**Bibliographie.** — ISID. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, *Hist. des anomalies de l'organ.*, t. 1<sup>er</sup>, p. 345, 1832. — DEBOUT, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1863. — ANNANDALE, *Déformations et blessures des doigts*, Edimbourg, 1865. — GIRALDÈS, *Maladies chirurgicales des enfants*, 1865. — MAC-KELLAR, *Glasgow Med. Jour.*, 1869 et 1870. — MAC-

LEOD, *Brit. Med. Journ.*, 1881. — POLAILLON, art. DOIGT du *Dict. encycl.*, 1884 (Bibliogr. très étendue).  
Thèses de Paris. — 1829, BÉCHET. — 1843, CAILLE. — 1869, FORT (Agrég.). — 1873, MIRABEL.

#### 1<sup>o</sup> VICES DE CONFORMATION COMMUNS AUX DIVERS SEGMENTS

##### DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Le membre supérieur peut manquer complètement, ou bien un seul de ses segments fait défaut; de là trois variétés de difformité.

a. *Phocomélie*. — Dans la phocomélie, la main existe, mais les parties inter-

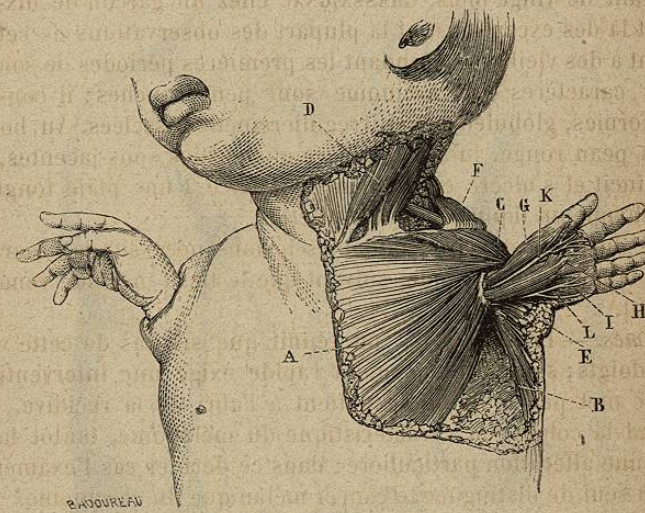


Fig. 226. — Phocomélie bithoracique. (Musée DUPUYTREN.)

médiales entre elle et l'épaule sont plus ou moins atrophiées; tantôt il y a absence simultanée du bras et de l'avant-bras, ou seulement du bras, plus rarement de l'avant-bras seul (fig. 226).

b. *Hémimélie*. — Le membre supérieur est incomplet, il manque sa partie inférieure qui se termine sous forme de moignon, les doigts sont absents ou imparfaits (fig. 227 et 228).

c. *Ectromélie*. — Le membre supérieur avorté est nul ou presque nul (fig. 229); cette difformité paraît beaucoup plus commune que les deux autres; l'ectromélie bithoracique est la plus fréquente, l'unithoracique la plus rare.