

## ARTICLE XII.

## RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS.

La flexion ou rétraction permanente des doigts dépend d'un grand nombre de causes : telles sont une plaie, une paralysie des tendons extenseurs, l'ankylose des articulations phalangiennes, leur déviation par des tumeurs varicées, la rétraction, le raccourcissement de leurs tendons fléchisseurs, des cicatrices vicieuses, etc. Je ne veux aujourd'hui, à l'occasion d'un malade que je vais opérer tout-à-l'heure (1), fixer votre attention que sur la rétraction permanente des doigts produite par la crispation de l'aponévrose palmaire, ou par des brides fibreuses sous-cutanées développées accidentellement dans cette région du membre supérieur.

Les causes de la rétraction permanente des doigts avaient jusqu'à ces derniers temps à peine fixé l'attention des praticiens, avant les observations et remarques publiées au nom de Dupuytren en 1831 (2), avant les travaux de MM. Lemoine, Maudet, Vidal (de Cassis), Avignon, Goyrand, etc. Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, désigne cette maladie sous le nom de *crispatura tendinum*; mais il n'en dit que peu de choses. M. Astley Cooper parle aussi de cette rétraction permanente des doigts et des orteils, et l'attribue tantôt à la crispation des gaines des tendons, tantôt à la rétraction de l'aponévrose. Dupuytren a démontré sans réplique que les tendons étaient généralement étrangers à cette rétraction. Mais ce célèbre chirurgien n'a

(1) Leçon du 15 janvier 1840.

(2) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 2<sup>e</sup> édit., 1839, t. IV, p. 473.

pas, je crois, démontré aussi clairement qu'il l'a cru que cette maladie dépendait d'une induration ou d'un raccourcissement d'un ou de plusieurs faisceaux de l'aponévrose palmaire. Elle est caractérisée par des brides sous forme de cordes saillantes au-dessous de la peau, et qui s'étendent presque toujours sur une grande partie de la longueur de la face palmaire du doigt; elles en occupent surtout la ligne médiane, et se prolongent au moins sur la face palmaire de la première phalange, quelquefois et même assez souvent jusque sur la seconde, et dans certains cas sur la troisième.

La maladie commence ordinairement, dit Dupuytren (1), par le doigt annulaire, elle s'étend de là aux doigts voisins, et surtout au doigt auriculaire; elle augmente insensiblement par degrés et sans douleurs; les malades éprouvent d'abord un peu de roideur dans la paume de la main et de la difficulté à étendre un ou plusieurs doigts; bientôt ces doigts restent fléchis au quart, au tiers ou à la moitié. La flexion est quelquefois portée beaucoup plus loin, et l'extrémité libre des doigts vient alors s'appliquer à la paume de la main. Dès le principe, une corde se fait sentir sur la face palmaire des doigts et de la main; cette corde est plus tendue quand on fait effort pour redresser ces doigts, et elle disparaît presque complètement quand ils sont tout-à-fait fléchis. Elle est de forme arrondie, sa partie la plus saillante se trouve à la hauteur de l'articulation du doigt avec le métacarpe qui lui sert de soutien; elle forme là une espèce de pont. La peau située dans la direction du doigt forme des plicatures en arc de cercle, dont la concavité est placée en bas, dont la convexité est en haut, et dont le premier emboîte en quelque sorte la base du doigt et est lui-même emboîté dans les arcs de cercle plus élevés; ceux-ci diminuent insensiblement, et atteignent ordi-

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale* faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, t. IV, p. 473, 2<sup>e</sup> édit., 1839.

nairement le milieu de la paume de la main. La maladie marche et atteint son plus haut degré de développement, sans que les malades éprouvent aucune douleur, et les articulations des doigts ne présentent aucune trace d'ankylose : elles restent toutes très mobiles dans le sens de la flexion ; mais elles ne sauraient être étendues au-delà d'un certain point malgré les plus grands efforts. Dupuytren dit avoir vu des poids de cent et même de cent cinquante livres appendus à l'espèce de crochet que forme le doigt, sans que pour cela son angle de flexion fut ouvert d'une ligne ; il semble que le doigt soit empêché de se redresser par un arc-boutant inflexible placé dans le sens de l'extension. Il n'y a pourtant d'autre obstacle à ce mouvement que la bride située sur la face palmaire des doigts et de la main, bride dont la saillie et la tension sont proportionnées aux efforts tentés pour redresser le doigt.

Cette rétraction des doigts est très incommode ; elle gêne pour saisir les corps un peu volumineux, et quand le malade veut serrer fortement les objets qu'il tient, il éprouve une douleur assez vive. Hors cette circonstance et quand il veut étendre brusquement les doigts, la maladie ne cause point de douleur. Nous avons dit que la maladie attaquait ordinairement le doigt annulaire et le petit doigt ; elle n'envahit que par exception le pouce et les autres doigts. Cependant on a cité des individus chez lesquels tous les doigts se trouvaient crispés ; une observation de ce genre a été recueillie dans la pratique même de Dupuytren.

Les personnes atteintes de cette rétraction des doigts ont ordinairement fait de grands efforts avec la paume de la main, et se sont livrées à des travaux qui exigeaient une pression fréquente et soutenue de la face palmaire des doigts ou de la main sur des corps très durs. On la rencontre chez les maçons, qui saisissent des pierres avec l'extrémité des doigts ; chez les cultivateurs, qui manient

la charrue, les bateliers la rame ; les marchands de vins, qui percent les barriques avec des poinçons ; les cochers, auxquels les manches de leurs fouets contondent la paume des mains, etc., etc. Dupuytren rapporte l'exemple d'un homme livré aux travaux du cabinet qui mettait un soin particulier à cacheter ses dépêches avec de la cire et un cachet dont le manche arrondi pressait fortement la paume de la main, et qui fut atteint de cette rétraction permanente des doigts.

Quelle est la lésion anatomique qui caractérise cette rétraction permanente des doigts ? Il y a eu à ce sujet beaucoup d'opinions. On a successivement accusé l'épaississement et le racornissement de la peau, une affection spasmodique des muscles, une maladie des tendons des fléchisseurs, l'inflammation, le gonflement, l'endurcissement des gaines des tendons, une disposition particulière des surfaces articulaires et des ligaments latéraux, une maladie de ces surfaces ; enfin on attribua dans ces dernières années la maladie à une crispation de l'aponévrose palmaire ; ce fut surtout Dupuytren qui proposa cette opinion, émise aussi par sir Astley Cooper (1). Voici le fait qui détermina Dupuytren à adopter cette opinion :

Un vieillard était atteint depuis long-temps d'une rétraction des doigts. Il mourut, et Dupuytren examina avec soin la pièce anatomique. La peau ayant été enlevée dans toute l'étendue de la paume de la main et de la face palmaire des doigts, les plis, le froncement qu'elle offrait naguère disparurent entièrement ; il était donc évident que l'arrangement qu'elle présentait pendant la vie ne lui appartenait pas, et qu'il lui était communiqué. La dissection fut continuée, l'aponévrose palmaire fut mise à découvert, et on s'aperçut qu'elle était tendue, rétractée, diminuée

(1) Voyez *Leçons orales de clinique chirurgicale*, par Dupuytren, et *Oeuvres chirurgicales* de sir Astley Cooper, traduites de l'anglais par MM. Chassaignac et Richelot, 1837.

de longueur; de sa partie inférieure partaient des espèces de cordons qui se rendaient aux côtés du doigt malade. En faisant exécuter des efforts d'extension aux doigts, Dupuytren vit clairement que l'aponévrose subissait une sorte de tension, de crispation. Il coupa les prolongements qu'elle envoie sur les côtés des doigts, et immédiatement la contracture cessa, les doigts revinrent au demi-quart de flexion; le moindre effort ramenait les phalanges à l'extension complète. Les tendons existaient dans leur intégrité; les coulisses n'avaient point été ouvertes. Les articulations étaient à l'état normal; les os n'étaient ni gonflés ni inégaux; ils ne présentaient pas le plus léger vestige d'altération, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Il n'y avait aucun changement dans l'inclinaison des surfaces articulaires, ni altération dans les ligaments extérieurs, ni ankylose. Les gaines synoviales, les cartilages, la synovie, ne présentaient aucune altération. Il était dès lors naturel de conclure que le point de départ de la maladie était dans la tension exagérée de l'aponévrose palmaire et que cette tension elle-même était due à une contraction de l'aponévrose par suite de l'action trop forte ou trop long-temps prolongée d'un corps dur dans la paume de la main.

Cette observation est en effet une preuve évidente que l'aponévrose palmaire peut être dans certains cas la cause de la rétraction permanente des doigts; mais elle ne prouve pas que cette cause soit toujours la même quand on ne découvre d'altération ni aux os, ni aux tendons, ni aux gaines synoviales. Ces brides ou cordes saillantes qu'on voit au-dessous de la peau sur la face palmaire des doigts, s'étendent, ainsi que je vous l'ai dit, très souvent, sur la plus grande partie de la longueur des doigts; elles se prolongent au moins sur la face palmaire de la première phalange, assez souvent même jusque sur la seconde, et quelquefois même jusqu'à la troisième. Or on sait que l'aponévrose palmaire proprement dite s'arrête, se fixe à

la racine et sur les côtés de chaque doigt, en se confondant, soit avec la gaine des tendons fléchisseurs, soit avec les ligaments de l'articulation. D'un autre côté, l'aponévrose de la main ne s'étend ni sur l'éminence thénar ni sur la racine du pouce, et cependant on a observé la contracture permanente de ce doigt par une de ces brides sous-cutanées parvenue au plus haut degré de développement. Ayant constaté moi-même par la dissection et sur l'homme vivant que l'aponévrose palmaire restait quelquefois intacte après l'incision ou l'extirpation de ces brides, j'annonçai en 1855, dans la seconde édition de mon *Anatomie chirurgicale*, que les brides dont avait parlé Dupuytren n'étaient pas toujours formées par l'aponévrose palmaire; qu'elles m'avaient paru n'être qu'une transformation fibreuse de la couche sous-cutanée chez un malade, et que je n'aurais pas été surpris qu'il en fût souvent ainsi. M. Goyrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence, a justifié complètement ces prévisions dans ses recherches sur la rétraction permanente des doigts, recherches qui sont consignées dans les *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tome III, et qui sont suivies du rapport de M. Sanson aîné.

«Le 5 novembre, on apporta à l'amphithéâtre de l'hospice d'Aix le cadavre d'un homme de soixante-douze ans qui était mort d'apoplexie foudroyante. Il avait à chaque main plusieurs doigts affectés de rétraction permanente, et je ne laissai pas, dit M. Goyrand, échapper l'occasion d'étudier une affection encore peu connue. Voici quels ont été les résultats de mes recherches: A la main droite, le petit doigt était fortement rétracté; le médius l'était aussi, mais beaucoup moins; le pouce était fixé en opposition avec les autres doigts; l'annulaire et l'indicateur étaient à l'état normal. A la main gauche, l'annulaire et le médius étaient seuls rétractés; le premier l'était fortement, l'autre à un moindre degré. Quand je cherchais à étendre les doigts, je

faisais saillir sous la peau des brides qui allaient évidemment de la face antérieure des doigts à l'aponévrose palmaire, et celle-ci était alors dans un état de tension qui se communiquait au tendon du palmaire grêle. La peau de la partie supérieure de la face palmaire des doigts présentait des rides transversales multipliées; elle était unie assez fortement aux brides les plus saillantes, mais elle n'avait nulle part avec ces brides des adhérences intimes. Je disséquai avec soin la face palmaire des mains, et je reconnus que la peau détachée se déplissait et reprenait sa longueur ordinaire, que les tendons et l'aponévrose palmaire étaient à l'état normal; que les doigts étaient tenus en flexion par des cordons fibreux de nouvelle formation, dont les uns continus d'une part à l'aponévrose palmaire, s'inséraient par leur extrémité inférieure à la gaine des tendons fléchisseurs ou au bord des phalanges; d'autres allaient seulement d'un point à un autre de ces bords ou de la face antérieure des gaines fibreuses. A la main droite, on voyait un de ces cordons naître de la partie supérieure du bord externe de la première phalange du petit doigt. Large et aplati à sa naissance, il allait s'arrondissant et perdant de sa largeur, se fixer à la partie supérieure du bord externe de la seconde phalange; sur la partie supérieure et interne de ce premier corps fibreux venait se rendre, sous un angle aigu, un autre cordon provenant de la partie supérieure et interne de l'aponévrose palmaire. Le médus était tenu en flexion par deux faisceaux, dont l'un, né de la partie inférieure de la face antérieure de l'aponévrose palmaire, se portait vers la face antérieure du doigt; et, parvenu au-devant de la partie supérieure de la première phalange, fournissait des expansions qui se fixaient, l'une à la gaine des tendons fléchisseurs, vis-à-vis la première phalange, et l'autre à cette même gaine, en dedans et en dessous de la précédente, et à la partie supérieure du bord interne de la seconde phalange; après avoir fourni ces expansions, le cordon

venait s'insérer à la gaine des tendons, au-devant de l'extrémité supérieure de la seconde phalange. L'autre faisceau du médus concourait à fléchir la seconde phalange de ce doigt sur la première; celui-ci assez large, mince, aplati d'un côté à l'autre, et disposé en croissant, se fixait par son bord convexe et adhérent à toute la longueur du bord interne de la gouttière antérieure de la première phalange, et au côté externe antérieur de l'extrémité supérieure de la seconde; un cordon volumineux et aplati, né du bord externe de l'aponévrose, venait s'insérer à la partie supérieure de la gaine du tendon du grand fléchisseur du pouce, et tenait ce doigt dans l'adduction, et opposé aux autres doigts; et un autre cordon assez mince et arrondi, né du point où se terminait le précédent, et inséré d'autre part à la languette de l'aponévrose palmaire qui se fixe au côté interne de la base de la première phalange de l'index, tenait le pouce rapproché de l'indicateur, et empêchait qu'il ne s'opposât complètement aux autres doigts. A la main gauche, l'annulaire et le médus étaient seuls rétractés. Le premier était tenu en flexion par un seul cordon qui provenait de la partie inférieure de la face antérieure de l'aponévrose palmaire, et se terminait à la partie supérieure du bord externe de la seconde phalange, qui présentait au point d'insertion de cette bride un tubercule semblable aux saillies que présentent certains os aux points d'insertion des tendons. Trois faisceaux bridait le médus; l'un gros et court, né du côté externe et postérieur du faisceau de l'annulaire, à quatre lignes de son insertion inférieure, se portait en arrière et en dehors, et venait s'insérer, après un trajet d'un demi-pouce, à la gaine des tendons fléchisseurs du médus, vis-à-vis l'extrémité supérieure de la première phalange; celui-ci tenait le médus et l'annulaire un peu inclinés l'un vers l'autre. Du côté inférieur de ce cordon en naissaient deux autres, longs et minces, qui descendaient en convergeant au-devant de la

première phalange du médius et venaient se fixer ensemble à la gaine des tendons fléchisseurs, vers le milieu de la longueur de la deuxième phalange. Le cordon transversal recevait supérieurement et vers son extrémité interne un faisceau très délié, provenant de la languette de l'aponévrose, qui se fixait au côté interne de la base de la première phalange de l'annulaire, et qui, pour se porter à la bride transversale, croisait très obliquement de haut en bas et dedans en dehors celle de l'annulaire. Au reste, la description que l'on vient de lire, ajoute M. Goyrand, ne donnerait jamais qu'une idée fort imparfaite de la disposition de toutes ces brides. Tous ces faisceaux étaient formés de fibres parallèles; dans l'état frais ils étaient résistants et tout-à-fait inextensibles, et avaient la blancheur et l'aspect des ligaments.

« Cette pièce d'anatomie pathologique a été soumise à l'Académie royale de médecine. »

A cette observation prise sur le cadavre, M. Goyrand en joint une autre prise sur le vivant, et qui confirme l'opinion que je vous donne sur la nature de la maladie. Voici cette observation.

« M. Chainé, économe de l'hôpital d'Aix, qui est atteint de cette rétraction des doigts à un très haut degré, a bien voulu se prêter à mon examen. Voici l'état de ses mains : Les trois derniers doigts de la main droite sont fléchis; à la main gauche, l'affection porte sur les quatre derniers. A gauche, l'annulaire est plus fortement fléchi que les autres; à la main droite c'est le petit doigt. Les médius ne sont qu'à demi fléchis; l'index gauche l'est à un faible degré. On trouve chez M. Chainé tous les caractères de cette rétraction des doigts, attribuée par les anciens et par Boyer à la rétraction et au dessèchement des tendons fléchisseurs, et par Dupuytren à la rétraction de l'aponévrose palmaire. Cette infirmité lui est survenue peu à peu et sans s'accompagner de la plus légère douleur. M. Chainé,

âgé maintenant de cinquante-huit ans, n'en avait que quarante-deux quand il commença de s'apercevoir qu'il ne pouvait plus étendre complètement le doigt annulaire gauche. Ce doigt se fléchit de plus en plus; ses deux voisins furent ensuite affectés; peu de temps après, ce fut le petit doigt de la main droite, et successivement l'annulaire et le médius de cette main. L'inflexion de tous ces doigts alla toujours en augmentant, et maintenant les premières phalanges sont fléchies à angle presque droit sur les os métacarpiens; les secondes phalanges le sont à des degrés différents sur les premières. L'annulaire gauche et le petit doigt de la main droite, ordinairement en contact par leur extrémité avec la face palmaire de la main, ne peuvent s'en éloigner que de quelques lignes. Si l'on cherche à étendre les doigts, on voit qu'ils sont retenus en flexion par des brides que l'on compte, brides tendues par suite de ces tentatives, qui soulèvent la peau, et qui, pour la plupart, sont fixées par leur extrémité supérieure à l'aponévrose palmaire, et par l'inférieure à la face antérieure des doigts, vers le milieu de leur largeur ou sur leurs bords, vis-à-vis les secondes phalanges. Enfin toutes les personnes auxquelles j'ai montré les doigts de M. Chainé ont été convaincues, comme moi, que chez lui les doigts sont tenus en flexion par des cordons fibreux, tout-à-fait semblables à ceux que l'on voit dans les mains que j'ai disséquées. »

Cette rétraction des doigts consiste dans la flexion de la première phalange de l'os du métacarpe et de la deuxième phalange sur la première; l'articulation des dernières phalanges entre elles reste toujours libre. N'est-il pas évident que la rétraction de l'aponévrose palmaire et de ses languettes digitales ne pouvait fléchir que la première phalange sur l'os métacarpien, et que la flexion de la seconde phalange doit nécessairement avoir une autre cause? On peut trouver dans les observations rapportées dans les *Le-*

*cons orales* de Dupuytren même une preuve de cette asserion (1).

M. L\*\*\* était affecté d'une rétraction du doigt annulaire et de l'auriculaire à la main gauche; ces deux doigts étaient tout-à-fait fléchis et couchés sur la paume de la main; la seconde phalange était pliée sur la première, et l'extrémité de la troisième appliquée sur le milieu du bord cubital de la surface palmaire. Le petit doigt, très fléchi, était incliné d'une manière invariable vers la paume de la main. La peau de cette partie était plissée et entraînée vers la base des deux doigts rétractés. Dupuytren, aidé par MM. les docteurs Mailly et Marx, opéra le malade de la manière suivante. La main du sujet étant solidement fixée, il commença par faire une incision transversale de dix lignes d'étendue, vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt annulaire: le bistouri divisa d'abord la peau, puis l'aponévrose palmaire avec un craquement sensible à l'oreille. L'incision achevée, on vit le doigt annulaire se redresser, et il put être étendu presque aussi facilement que dans l'état naturel. Désirant éviter au malade la douleur d'une nouvelle incision, Dupuytren essaya de prolonger la section de l'aponévrose en glissant le bistouri transversalement et profondément au-dessous de la peau, du côté du bord cubital de la main, pour arriver à dégager le petit doigt, mais ce fut en vain, il ne put que légèrement dilater l'incision de l'aponévrose; en conséquence, il se détermina à pratiquer de nouveau une incision transversale, vis-à-vis l'articulation de la première et de la seconde phalange du petit doigt, et détacha ainsi son extrémité de la paume de la main; mais le reste du doigt se tint invariablement fixé vers cette partie. Alors une nouvelle incision divisa la peau de l'aponévrose vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante; elle procura un léger dégagement.

(1) *Leçons orales*, 2<sup>e</sup> édition, tom. 4, pag. 482.

Ses effets étaient encore incomplets. Enfin une troisième et dernière incision fut pratiquée en travers, vis-à-vis le milieu de la première phalange elle-même, et aussitôt le petit doigt put être étendu avec la plus grande facilité. Telle est l'opération qui fut pratiquée par Dupuytren, et qui, suivant les rédacteurs de ses *Leçons orales* (tome IV page 482), annonce hautement que la dernière incision, c'est-à-dire celle pratiquée vis-à-vis le milieu de la dernière phalange, a intéressé le point d'insertion de la digitation aponévrotique. N'est-il pas évident, au contraire, que la première incision, c'est-à-dire celle qui a été pratiquée vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne, et cette dernière dont il vient d'être question, n'ont pu porter sur les languettes de l'aponévrose, qui se fixent, comme on sait, sur les côtés de la base des premières phalanges?

De tous ces faits que je viens de rapporter, M. Goyrand conclut que l'aponévrose palmaire est tout-à-fait étrangère à la rétraction permanente des doigts, qu'on doit la respecter dans les opérations qu'on tente pour en délivrer les malades, et que vraisemblablement elle n'a point été coupée dans les opérations pratiquées par Dupuytren, qu'il a seulement divisé les cordons fibreux qui s'étaient développés sous la peau, et qui seuls déterminaient la rétraction. Cette opinion me semble un peu exagérée, et il ne faut pas l'adopter à l'exclusion des autres émises par des auteurs. M. Sanson aîné, dans son rapport sur le mémoire de M. Goyrand, pense qu'on ne doit pas admettre d'une manière absolue que la maladie qui nous occupe puisse être due toujours à des brides de nouvelle formation; car si, d'une part, les observations de M. Goyrand et les pièces qu'il a disséquées prouvent que la rétraction peut tenir à des brides indépendantes ou peu dépendantes de l'aponévrose; d'un autre côté, les faits publiés par Dupuytren prouvent aussi que, dans d'autres cas, les divisions inférieures de l'aponévrose palmaire peuvent en être l'agent

exclusif. Un fait, ajoute M. Sanson, n'en détruit pas un autre, et Dupuytren n'a pu confondre des objets si distincts. Ces brides, suivant M. Sanson, peuvent n'être que l'exagération de productions cellulo-fibreuses partant de l'aponévrose, et existant en quelque sorte à l'état rudimentaire dans l'état sain. J'ajouterai, messieurs, que les opinions de Dupuytren, de M. Goyrand et de M. Sanson, seraient, comme la mienne, inexactes, si on voulait en adopter une à l'exclusion des autres et la substituer à la manière de voir des anciens. S'il est faux de croire que la rétraction des doigts tienne le plus souvent à une crispation des tendons fléchisseurs, il le serait aussi de soutenir que cette cause n'existe jamais; de même qu'en rejetant la doctrine de Dupuytren comme trop exclusive, on aurait tort aussi de ne l'admettre pour aucun cas. Il n'en est pas moins démontré pour moi que la rétraction permanente des doigts dépend le plus souvent de la transformation fibreuse d'une ou plusieurs des lamelles du fascia sous-cutané ou superficialis; qu'elle est réellement due dans certains cas à une crispation de l'aponévrose palmaire, ainsi que l'a démontré Dupuytren; qu'elle peut dépendre quelquefois aussi d'une dégénérescence de la peau elle-même, ou de quelque cicatrice de cette membrane. Je dois, du reste, vous dire que la transformation fibreuse du tissu cellulaire sous-cutané qui produit la rétraction des doigts n'est pas toujours en cordon ou en simple bride. Il y a quelquefois des rayons fibreux, en travers, ou obliques. J'ai vu un homme âgé de cinquante-sept ans, chez lequel la rétraction des doigts était entretenue par des brides inégales, dont la racine se perdait manifestement dans une plaque dure, insensible, couverte de bosselures du volume d'une noisette, et qui occupait presque toute la paume de la main.

Le traitement de cette maladie est tout-à-fait chirurgical. On ne peut attendre de résultats avantageux que de la

section des cordons fibreux qui produisent la rétraction, que ces cordons soient le résultat de la transformation du tissu cellulaire sous-cutané, ou bien de la crispation de l'aponévrose palmaire.

Dupuytren faisait d'abord étendre la main sur sa face dorsale; des aides la fixaient dans cette situation et redressaient les doigts autant qu'il leur était possible; alors, avec un bistouri droit ou convexe, il faisait une insision sur la partie la plus tendue de la bride. Cette incision comprenait à la fois la peau et le tissu fibreux sous-cutané. Si cette incision suffisait pour que le doigt pût s'étendre complètement, il en restait là. Si elle ne suffisait pas, il en pratiquait au-dessus ou au-dessous de la première une seconde et même une troisième. Les doigts étant devenus libres et pouvant bien s'étendre, il fixait la main par son dos sur une palette convenablement matelassée; on y maintient les doigts étendus à l'aide d'une bande étroite ou d'une bandelette de diachylon, dont on place les tours au-devant des incisions ou entre les incisions; on prend un point d'appui sur cette palette, de manière à maintenir le doigt dans un état convenable d'extension. Quant aux plaies, on les panse comme celles qui doivent suppurer et guérir à l'aide d'une cicatrice formée de toutes pièces. On fait usage de la machine à extension pendant un mois, un mois et demi, plus ou moins; mais dès que l'état des incisions et la formation de la cicatrice le permettent, on ne néglige pas de faire exécuter aux articulations les mouvements de flexion et d'extension pour leur rendre leur liberté entière. Tel est le procédé de Dupuytren. M. Goyrand opère d'une manière différente. La main étant fixée de la même manière que dans la méthode de Dupuytren, il fait avec un bistouri droit et tenu comme une plume à écrire une incision à la peau dans la même direction que la bride et dans l'étendue d'un pouce ou deux sur la corde ou à côté; puis, les lèvres de l'incision étant écartées, ou disséquées s'il y

a adhérence avec les tissus sous-jacents, il fait la section des brides en travers dans divers points de leur longueur. On peut même, pour plus de sûreté, faire l'excision de quelques portions de ces brides. On réunit ensuite par première intention, et on fixe les doigts dans l'extension, comme dans la méthode de Dupuytren.

La méthode de M. Goyrand a des avantages incontestables; elle expose moins que l'incision transversale simultanée de la peau et des brides sous-cutanées aux inflammations sous-aponévrotiques de la main, aux inflammations des gaines des tendons, aux exfoliations de ces gaines et des tendons fléchisseurs, que l'incision transversale, qui devra nécessairement suppurer; parce qu'elle permettra bien plutôt d'imprimer aux doigts des mouvements nécessaires pour conserver à leurs articulations leur mobilité et leur souplesse; parce que, enfin, les incisions longitudinales ne laisseront après elles que des cicatrices linéaires, tandis que celles qui résulteraient des incisions transversales seraient larges et adhérentes.

On a conseillé aussi l'extirpation des brides, au lieu de se borner à les inciser. J'ai essayé cette méthode, et je n'ai pas trouvé qu'elle ait produit de résultats plus avantageux que la simple section; aussi je ne crois pas qu'on doive la généraliser. On pourrait cependant y avoir recours, s'il y avait des nodosités et des espèces de tumeurs en même temps que la bride au-dessous de la peau.

Lorsque l'opération a réussi à amener l'extension complète des doigts, il ne faut pas croire, quel que soit le procédé mis en usage pour arriver à ce résultat, que le malade soit à l'abri de la récurrence; il faut pour l'éviter, lui recommander certaines précautions: il aura recours à des extensions souvent répétées, au massage des parties, à des onctions huileuses, à des bains mucilagineux, et surtout il évitera de se livrer à des travaux durs qui pourraient ramener l'induration des parties.

## ARTICLE XIII.

## FISTULE A L'ANUS (1).

Nous avons en ce moment dans les salles plusieurs individus atteints de fistules à l'anus. Je profiterai de cette circonstance pour appeler votre attention sur cette maladie, et principalement sur la méthode opératoire dont j'ai fait surtout usage dans ces derniers temps pour guérir les malades: je veux parler de l'excision. Je ne vous entretiendrai que des fistules à l'anus causées par l'altération de la portion inférieure du rectum; car vous savez qu'il y en a qui dépendent soit de l'altération des os, soit de quelque lésion profonde de l'intérieur du bassin ou de l'abdomen ou des organes génito-urinaires.

Les fistules à l'anus qui dépendent d'une lésion de la partie inférieure du rectum ont été divisées par les auteurs en trois espèces: 1<sup>o</sup> les fistules complètes; 2<sup>o</sup> les fistules borgnes externes; 3<sup>o</sup> les fistules borgnes internes.

On n'a jamais contesté l'existence des fistules complètes comme on l'a fait pour les deux autres espèces. C'est ainsi que Foubert, Sabatier et M. Larrey n'admettent point les fistules borgnes externes, et prétendent que si on ne trouve pas l'ouverture interne qui fait communiquer le rectum avec l'intérieur, c'est qu'on n'a pas recherché cette ouverture avec assez d'attention, mais qu'elle existe toujours. On peut objecter à ces auteurs qu'un moyen de la trouver toujours, c'est de faire comme beaucoup d'ex-

(1) Leçons de juin et août 1840.