

que, en présence de théories pathogéniques aussi nombreuses et aussi diverses, il faut admettre plusieurs variétés étiologiques et pathogéniques.

Traitement. — Il varie suivant les cas. Dans la *variété spasmodique*, il faut employer le massage, la gymnastique, l'électricité. Les mouvements de flexion et d'extension seront actifs et passifs; il faut masser les fléchisseurs; maintenir le doigt en extension. Dans le doigt à ressort symptomatique, *variété tendineuse*, il faut énucléer ou gratter la tumeur tendineuse. Dans la *variété vaginale*, il faut soit exciser la tumeur de la gaine fibreuse, soit inciser celle-ci au niveau des rebords pour les agrandir par débridement ou par excision des épaissements (Rehn, Blum, Schmitt, Duplay, Rudinger).

Enfin, dans la *variété articulaire*, on pourrait peut-être, dans certains cas, régulariser la tête articulaire, la modeler pour éviter le frottement des ligaments, mais c'est là un traitement encore théorique.

IV. Rétraction de l'aponévrose palmaire (1). — La rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren est caractérisée par la flexion permanente et généralement progressive de la première phalange sur l'os métacarpien et correspondante de la deuxième phalange sur la première; la dernière phalange restant dans l'extension contraste avec la flexion des autres et ne participe presque jamais à la rétraction.

En 1831, Dupuytren présenta le premier une description méthodique de cette lésion, sans en préciser la nature; la pathogénie resta obscure malgré de nombreuses dissections; celles-ci cependant servirent à montrer que l'aponévrose seule n'est pas lésée, c'est ce qui explique les difficultés thérapeutiques du début, et peu à peu on fut amené à pratiquer un traitement radical.

Anatomie pathologique. — Pendant longtemps, on pensa qu'il n'y avait qu'une simple rétraction tendineuse, une « *crispatura tendinum* » (Boyer).

Astley Cooper avait bien émis en passant l'opinion que peut-être la rétraction de l'aponévrose palmaire était cause de la rétraction des doigts. Dupuytren, par ses dissections, confirme cette opinion admise aussi par Maslieurat-Lagemard, Cruveilhier, Maisonneuve.

(1) Consulter : SEVESTRE, *Journ. de l'Anat. et de la phys.*, mai 1867. — LE DENTU, *Art. MAIN, Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXI, p. 360. — MADELUNG, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 19 avril 1875. — P. RICHER, *Soc. anat.*, 1877. — BRAUN, *Centralblatt f. Chirurg.*, 1878. — CHEVROT, thèse Paris, 1882. — GRABOW, *Anatomie et physiologie de l'aponévrose palmaire (Arch. f. Anat. und Phys.*, 1887). — COSTILLES, thèse de Paris, 1885. — LEGUEU et JUVARA, *Anatomie des aponévroses palmaires (Soc. anat.*, 1891). — FASQUELLE, thèse de Lyon, 1892. — P. BERGER, *Acad. de méd.*, 20 avril 1892. — BERTRAND, thèse Nancy, 1894. — ROQUES DE FURSAC, thèse de Paris, 1892. — MANGIAYILLA, *Riforma medica*, 1896, n° 247. — GUINEBAULT, thèse de Paris, 1897. — HEDGES, *St Bartholomew's Hosp. Reports*, 1897. — BERGER, *Revue internat. de méd. et de chir.*, 1900.

Cependant, J. Guérin, Goyrand, Velpeau, localisaient les lésions surtout dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Gerdy accuse les tractus fibreux superficiels qui s'étendent de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané à l'aponévrose.

Une des meilleures descriptions des lésions anatomiques, c'est celle de Paul Richer (1).

On signale parfois l'existence d'un nodus fusiforme au-dessous de

(1) « La peau adhère très intimement à l'aponévrose palmaire au niveau de la corde de l'annulaire et des indurations qui correspondent aux autres doigts. En ces points, le tissu graisseux interposé entre le derme et les tissus fibreux de l'aponévrose n'existe plus; il est comme refoulé sur les côtés, où il soulève la peau et contribue à former les saillies qui limitent les enfoncements. La peau ainsi séparée a conservé son extensibilité, elle garde l'empreinte des parties profondes, mais elle n'est pas épaissie et ne paraît pas altérée dans sa structure. » (Cependant Pitha, Braun, Variot, etc., ont observé fréquemment l'induration et la sclérose cutanée.)

« On retrouve facilement les divers faisceaux de fibres qui constituent à l'état normal l'aponévrose palmaire, mais ils sont diversement modifiés.

« Le petit palmaire fait défaut. Le faisceau longitudinal qui répond à l'annulaire, présente au-dessus du point qui correspondait au pli palmaire inférieur un renflement fusiforme, d'aspect dépoli, de consistance très dure. De la partie inférieure de ce renflement part une corde ligamenteuse, qui va se rendre à la base du doigt rétracté et dont les fibres se comportent d'une façon différente dans leur mode de terminaison. Celles du milieu se rendent à la face profonde de la peau de la première phalange. Elles répondent aux bandelettes cutanées qui ne descendent pas habituellement aussi bas et se terminent dans la peau de la paume de la main au niveau du pli palmaire inférieur et un peu au-dessous. Sur les côtés, les fibres s'écartent un peu pour gagner les bords de la phalange, où elles semblent se confondre avec le tendon des interosseux et des extenseurs. Ces fibres latérales représentent les fibres digitales de l'aponévrose palmaire qui, le plus souvent, sont peu développées. Ici, elles ont l'aspect d'un petit ligament falciforme, à bord antérieur libre, légèrement concave, et à bord postérieur adhérent à l'os et aux tendons extenseurs. L'angle inférieur est comme prolongé par un faisceau plus grêle, qui descend jusqu'au niveau de la phalangine, où ses fibres se terminent en éventail, dans le tissu fibro-graisseux de la région. Ce dernier faisceau se trouve situé plus près de la face palmaire que de la face dorsale et sa tradition amène la flexion de la phalangine.

« Les trois autres faisceaux longitudinaux paraissent un peu épaissis à leur partie inférieure au niveau du pli palmaire inférieur et un peu au-dessous, où leurs adhérences à la peau sont plus étendues qu'à l'état normal. Ils sont tendus, formés de fibres resplendissantes et qui ne présentent pas d'épaississement comparable à celui que nous avons décrit sur le faisceau de l'annulaire.

« La bandelette transversale inférieure qui limite par en haut les espaces destinés aux nerfs et aux vaisseaux est très apparente. Elle adhère étroitement à la corde de l'annulaire à 5 ou 6 millimètres au-dessous du renflement décrit.

« Quant aux fibres interdigitales de Gerdy, qui sous-tendent les commissures des doigts, on les retrouve normales entre l'index et le médium, mais elles apparaissent beaucoup plus nombreuses et tendues dans les deux autres commissures qui vont du doigt rétracté au médium et à l'auriculaire. Elles correspondent au pli digito-palmaire, que nous avons vu reporté sur l'annulaire plus haut que de coutume, de façon qu'à ce niveau, elles ne sont pas éloignées de la bandelette transversale inférieure. Elles adhèrent au cordon rétracté et y relient le médium, qu'elles attirent légèrement. Enfin, les adhérences qui existent entre l'aponévrose palmaire et la gaine des tendons, au niveau des têtes métacarpiennes, sont ici très accusées.

« Au-dessous de l'aponévrose, tous les tissus sont sains. Les tendons, celui de l'annulaire comme les autres, jouent librement dans leurs gaines. Ils ne sont ni rétractés, ni adhérents. Les articulations des doigts sont normales; toutefois, les surfaces cartilagineuses sont un peu érodées. »

la partie moyenne du quatrième métacarpien et dépendant de l'aponévrose palmaire. Parfois, ces fibromes sont multiples (A. Richet). Fasquelle insiste avec raison sur le raccourcissement des artères collatérales des doigts.

Sur une coupe histologique, on voit que les faisceaux fibreux sont plus serrés. D'après Paul Richet, les fibres élastiques seraient plus nombreuses, ce qui paraît bizarre. Quant à la peau au niveau des points indurés, sa structure est normale; les papilles et le derme ne sont pas sensiblement modifiés; seule, la couche profonde du derme est privée d'aréoles grassieuses et se continue avec l'aponévrose par un tissu scléreux. Pour Langhans, qui a examiné les cordons rétractés enlevés par Kocher, l'affection procède par foyers isolés; ce sont les gaines artérielles et les capillaires de l'aponévrose qui sont le point de départ de la dégénérescence fibreuse qui gagne ensuite toute l'aponévrose elle-même. Il se fait ensuite une rétraction cicatricielle des néoformés.

Les lésions articulaires concomitantes ne sont pas constantes, mais elles sont fréquentes; ce sont des lésions d'arthrite sèche, de goutte, des nodosités d'Héberden, etc. On note aussi des lésions d'artério-sclérose et des fibromes à distance, fibrome de la verge (Costilhes).

Fasquelle distingue trois formes anatomiques: 1° une forme aponévrotique pure; 2° une forme aponévro-cutanée; 3° une forme aponévro-cutané-articulaire. Mais ces formes représentent tout simplement les trois stades de l'affection.

Étiologie et pathogénie. — Les hommes sont quinze fois plus souvent atteints que les femmes; l'hérédité joue un rôle, de même que la profession, mais dans quelle proportion?

La rétraction s'observe surtout à l'âge moyen de la vie, parfois chez des collatéraux (Tranquilli) (1).

Dupuytren, Goyrand, Sanson, firent jouer un rôle au traumatisme.

A. THÉORIE TRAUMATIQUE. — Pour A. Desprès, la rétraction de l'aponévrose palmaire est le résultat de cicatrices sous-cutanées ou d'inflammation traumatique de cette aponévrose. On la rencontrerait fréquemment (?) chez des menuisiers qui se traumatisent souvent la paume de la main.

Pour Madelung, l'influence des pressions répétées enflamme de plus en plus le tissu cellulaire qui n'est plus suffisamment garanti par sa couche adipeuse, d'où hyperplasie, puis rétraction des cordons fibreux.

Houel voudrait que l'on distinguât deux formes, l'une traumatique, l'autre spontanée.

B. THÉORIE DYSTROPHIQUE. — La rétraction spontanée serait provoquée par une maladie dystrophique, l'arthritisme, la goutte, le diabète (2), l'intoxication saturnine (Costilhes), la syphilis (Ricord, A. Richet).

(1) TRANQUILLI, *Lo Sperimentale*, 1893, n° 3.

(2) VIGER, thèse de Paris, 1884.

La sclérose de l'aponévrose palmaire coïnciderait souvent avec d'autres scléroses siégeant sur le foie, les artères, la moelle, la verge, etc., avec la sclérodermie. Mais, dans la sclérodermie, la sclérose passe de la peau à l'aponévrose, tandis que dans la vraie maladie de Dupuytren, la sclérose procède en sens inverse. Entre ces deux lésions, il y a cependant bien des points communs, car quelques auteurs admettent que les lésions débutent par la peau (Pitha, Alibert, Gerdy, Malgaigne, Baum, etc.).

C. THÉORIE NERVEUSE. — M. Lancereaux pense que la rétraction peut être d'origine nerveuse, comme la sclérodermie, la trophonévrose de la face; parfois, en effet, on a vu coïncider un mal perforant plantaire, l'ataxie. Bieganski (1) voit coïncider une rétraction avec une poliomyélite antérieure. Eulenburg a rapporté un cas de névrite du cubital coïncidant avec la maladie de Dupuytren. Cardarelli (2) a observé celle-ci à la suite de traumatisme, soit du coude, soit de la moelle épinière, et Régis chez des paralytiques généraux.

Pour Abbe, la rétraction est d'origine réflexe; elle a souvent comme point de départ un traumatisme des nerfs de la main, c'est-à-dire la compression et l'irritation des plaques nerveuses terminales par un trauma continu professionnel. Abbe admet que la rétraction peut, par voie réflexe, gagner l'aponévrose de l'autre main. La symétrie fréquente des lésions est donc en faveur de la théorie nerveuse (3).

Guinebault admet aussi l'hypothèse d'une lésion du nerf cubital, à cause de l'atrophie musculaire portant sur les lombricaux et sur les interosseux, à cause des troubles sensitifs et des phénomènes trophiques caractérisés par l'atrophie du derme, des glandes sudoripares, et par la disparition progressive du tissu cellulo-adipeux qui, d'après Madelung, constituerait la lésion initiale de l'affection.

Berg (4) a rapporté des cas dans lesquels la rétraction était bilatérale. Or, après une hémorragie cérébrale dans la capsule interne, la rétraction du côté paralysé diminue très sensiblement. La névrite du nerf cubital pourrait produire une rétraction aponévrotique (Feindel) (5).

Il semble donc qu'il y aurait un centre trophique, soit médullaire, soit cérébral, agissant sur la nutrition de l'aponévrose palmaire.

Symptômes. — Le début est latent, insidieux. La rétraction est parfois annoncée par des sensations de tiraillement, de picotement,

(1) BIEGANSKI, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895, n° 31.

(2) CARDARELLI, cité d'après la *Sem. méd.*, 1896, p. 240.

(3) ABBE, *New-York med. Journ.*, 1884. Au cours de la discussion Weir, Post, Hamilton, Sayre, Gibney, etc., ont admis cette origine nerveuse. Récemment Marchal (*Journ. de neurologie*, 1899) admet pour les cas symétriques une lésion des centres nerveux.

(4) BERG, Communication rapportée in *Archivio di Ortopedia*, 1896, p. 483.

(5) FEINDEL, *Revue de neurologie*, 1896. Dans cette observation il y avait une déviation des doigts en coup de vent vers le bord interne de la main. D'après Luizzato (*Riforma medica*, 1900), l'attitude des doigts et l'examen électrique ne sont pas en faveur de la théorie névritique cubitale.

de chaleur, de douleurs. La main droite est le siège de prédilection et le début commence le plus souvent par l'annulaire. Cela tient, dit Vidal (de Cassis), à ce que ce doigt est plus faible que les autres et résiste moins à la rétraction. Celle-ci envahit ensuite le cinquième, puis le troisième et le deuxième doigt, et rarement le pouce. Celui-ci n'est atteint que lorsqu'il reçoit les tractus fibreux de l'aponévrose palmaire. Le début par le pouce ou l'index est très rare. Le début par le cinquième est fréquent.

Peu à peu, l'extension devient impossible, la paume s'excave et devient moins large, l'abduction des doigts est limitée. Quant au symptôme douleur, il est des plus variables; cependant, dans un certain nombre d'observations, on signale des crampes, des fourmillements, des sensations de brûlure, des douleurs, etc. (Abbe).

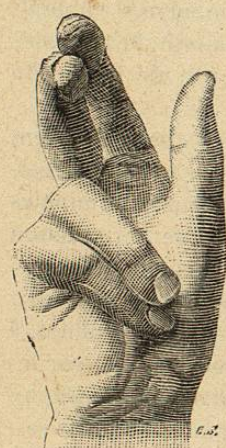


Fig. 264. — Rétraction de l'aponévrose palmaire.

Le creux de la main est traversé obliquement par un relief analogue à celui que fait sous la peau le tendon d'un muscle contracturé et qui, partant de la racine d'un doigt, l'annulaire le plus souvent, vient mourir vers le talon de la main. Le pli palmaire inférieur ou pli de flexion des doigts est fortement accusé de chaque côté de la saillie longitudinale; il occupe sa place habituelle; vers son milieu il est un peu attiré en haut. Le pli digito-palmaire est remonté dans la paume de la main. La peau soulevée par la corde de l'annulaire est adhérente, calleuse et sillonnée de plusieurs plis transversaux peu profonds. La peau de l'annulaire n'est le siège d'aucune induration bien nette. La flexion forcée de ce doigt porte uniquement sur l'articulation métacarpo-phalangienne; tantôt elle est légère, tantôt elle est maxima, la pulpe de la troisième phalange est en contact constant avec la paume et les ongles entrent parfois dans la peau. Quand on cherche à étendre la première phalange, on fait saillir davantage la corde qui la relie au creux de la main. La phalange est également fléchie sur la phalange, la phalange est dans une situation indifférente intermédiaire entre la flexion et l'extension, mais ces deux derniers segments des doigts se laissent facilement étendre et ont conservé toute la liberté et l'intégrité des mouvements communiqués (fig. 264).

L'auriculaire ne peut être étendu complètement. A son niveau la saillie transversale inférieure de la paume est sillonnée de plis obliques et profonds. Elle est le siège d'une légère induration d'où part une corde sensible seulement au toucher dans l'extension forcée du doigt et qui va rejoindre obliquement la corde de l'annulaire.

Le médius, comme l'auriculaire, ne peut être ramené à l'extension

complète, mais le mouvement, dans ce sens, paraît être limité par la seule lésion de l'annulaire. Dans ce mouvement, en effet, la traction s'opère par l'intermédiaire de la commissure interdigitale, qui est très tendue sur la corde de l'annulaire, un peu attiré alors vers le médius. Cependant à son niveau on trouve, un peu au-dessous du pli palmaire inférieur, quelques dépressions linéaires, peu accusées, dessinant plusieurs petits quadrilatères irréguliers, où la peau adhère aux parties profondes et paraît être le siège d'induration, le tout simulant un peu la « peau d'orange ».

L'extrémité externe du pli palmaire inférieur, qui répond à l'index, présente quelque chose d'analogue dans l'extension forcée de l'annulaire et du médius. Le pouce reste sain en général.

Le long palmaire est souvent rétracté (Noble Smith), aussi le palmaire grêle fait-il une forte saillie (Dupuytren). La lésion est souvent bilatérale; dans ces cas la symétrie est fréquente, mais non constante.

Marche. — Elle est très variable. Mais, en général, la rétraction progresse régulièrement et l'état stationnaire est rare; l'amélioration spontanée a été observée, voire même la guérison (?). Peut-être s'agissait-il de fausses rétractions aponévrotiques. La rétraction est parfois telle que les doigts s'incrument pour ainsi dire dans la paume de la main.

Le diagnostic n'est pas difficile; on reconnaît facilement la rétraction tendineuse, la rétraction cicatricielle des doigts et de la paume de la main, etc. Dans la griffe, par lésion du cubital, l'éminence hypothénar est atrophiée. Les troubles sensitifs sont évidents. L'atrophie musculaire progressive, à son début, se reconnaît aisément. Signalons encore le diagnostic avec la déviation des doigts en coup de vent, par insuffisance congénitale de l'aponévrose palmaire (Bois) (1).

Le pronostic est assez sérieux, étant donnée la gêne fonctionnelle dans les cas de rétraction de tous les doigts.

Traitement. — Il passa par différentes phases. Dupuytren, Maslieurat-Lagemard, Maisonneuve, etc., localisaient l'affection à l'aponévrose palmaire seule et proposèrent la ou les sections de l'aponévrose.

Jules Guérin, Cruveilhier, Gerdy, Malgaigne, Baum, Velpeau, A. Nélaton, entrevirent les lésions de l'aponévrose, du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau; on songe dès lors à l'aponévrectomie.

Le vrai traitement, traitement radical, c'est l'excision de tous les tissus rétractés et la réparation par une greffe, suivant la méthode italienne modifiée; il fut préconisé par le professeur Berger, en 1892, et par Roques de Fursac, dans sa thèse.

A. Section sous-cutanée des brides. — Elle fut conseillée par Astley Cooper et par Adams (2). La section pratiquée, on redressait le doigt

(1) Bois, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. X.

(2) Adams introduit un bistouri à l'union de l'aponévrose palmaire et du ligament annulaire et il sectionne celui-ci. Il fait ensuite la section des brides au niveau de la région métacarpo-phalangienne. Il conseille de ne pas faire la réduction complète.