

à ressort; il incrimine dans sa production les ligaments latéraux. L'insertion de ces ligaments à la base de la deuxième phalange du côté palmaire était élargie, nous dit-il. Lorsqu'on fléchissait lentement le doigt, les fibres des ligaments latéraux se tendaient de plus en plus. Dès que la flexion avait atteint 45 degrés, la tension était à son maximum. Si l'on fléchissait davantage, les points d'insertion des ligaments commençaient à se rapprocher, et la tension cessait avec un brusque ressort. Sur un orteil à ressort amputé par lui, Kœnig⁽¹⁾ met ce symptôme sur le compte d'une inégalité de la tête cartilagineuse de la phalange. M. Walther⁽²⁾ a présenté à la Société anatomique une pièce d'orteil à ressort provenant d'une vieille femme atteinte d'arthrite sèche. L'extrémité antérieure de la phalange portait une crête transversale, divisant la surface articulaire en deux plans. Le ressaut de la phalangine était très net et se reproduisait à chaque mouvement de flexion et d'extension. M. Poirier⁽³⁾ s'est efforcé de démontrer la réalité de la théorie articulaire, appliquée à l'interprétation de certaines variétés de doigt à ressort. Pour lui, les articulations métacarpo-phalangiennes des doigts sont semblables à celle du pouce. La phalange et le bourrelet glénoïdien ont chacun leur champ sur la tête métacarpienne; entre ces deux champs est une crête que la phalange doit franchir pour passer dans la flexion complète; que les ligaments soient anormalement serrés ou la crête osseuse anormalement saillante, à l'aller comme au retour, un ressaut se produira; de là, le phénomène du doigt à ressort. C'est ce que M. Poirier a réalisé expérimentalement, en laissant à l'air pendant quelque temps des articulations disséquées et immergées dans l'eau alcoolisée; les ligaments latéraux se rétractent et le phénomène du ressort apparaît. Un arrêt semblable se produira si un tubercule osseux fait saillie sur la face latérale de la tête métacarpienne, en un point où doit passer le ligament latéral. C'est par ce mécanisme que se produit le phénomène du ressort dans l'articulation de la patte chez beaucoup d'oiseaux.

En résumé, il semble, d'après les faits que nous venons d'exposer, que les deux théories du doigt à ressort, théorie tendineuse et articulaire, doivent être admises et répondent chacune à des faits bien observés.

Pour ce qui est du traitement, il ne faut pas oublier que la guérison a pu être obtenue au bout d'un certain temps par un traitement simple, dont la révulsion, le massage, les bains de vapeur forment les principaux éléments. On ne se hâtera donc pas de recourir à une intervention chirurgicale, qui toutefois pourra trouver son indication dans les cas où les moyens que nous venons d'indiquer seront restés sans résultat. Déjà nous avons signalé les opérations pratiquées par M. Blum et par M. Carlier. Sur une petite fille de dix ans, présentant au niveau du médius le phénomène du doigt à ressort, Leisring⁽⁴⁾ incisa la gaine tendineuse qui renfermait une certaine quantité de sérosité. Une nodosité siégeant sur le tendon fléchisseur profond, au niveau de son engagement dans la boutonnière du fléchisseur superficiel, fut excisée, et la guérison obtenue par première intention. De son côté, M. Lannelongue, cité par Carlier⁽⁵⁾, enleva avec succès sur un malade un fibrome de la gaine des tendons fléchisseurs. Ce

⁽¹⁾ KÖENIG, *Lehrbuch der spec. Chir.*, 1881, Bd. III, p. 216.

⁽²⁾ WALTHER, *Bull. de la Soc. anat.*, fév. 1889, p. 109.

⁽³⁾ POIRIER, *Note sur la pathogénie du doigt à ressort; théorie articulaire. Bull. de la Soc. anat.*, 8 fév. 1889, p. 106, et *Arch. gén. de méd.*, vol. II, p. 145 et 502.

⁽⁴⁾ LEISRING, *Ueber den schnellenden Finger. Assemblée des naturalistes et médecins allemands, session de Magdebourg, sept. 1884. Analysé in Revue de chir.*, 1884, p. 997.

⁽⁵⁾ CARLIER, *Le doigt à ressort. Thèse de doct. de Paris*, 1889, n° 187.

sont là des exemples qui pourront être imités, mais seulement dans les cas où l'on aura un diagnostic exact, et où l'on aura pu préciser l'existence d'un obstacle justiciable du bistouri.

8° RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE

Définition. — Sous ce nom l'on décrit une affection caractérisée par la production de brides fibreuses qui mettent obstacle à l'extension des doigts. La première description de la rétraction de l'aponévrose palmaire remonte à Dupuytren⁽¹⁾; aussi lui donne-t-on quelquefois le nom de maladie de Dupuytren.

Symptômes. — L'affection se caractérise tout d'abord par une gêne croissante dans l'extension des doigts; puis, peu à peu, on voit se dessiner sous la peau des brides saillantes, qui constituent autant de cordes mettant obstacle aux mouvements des doigts. Lorsque l'affection est con-

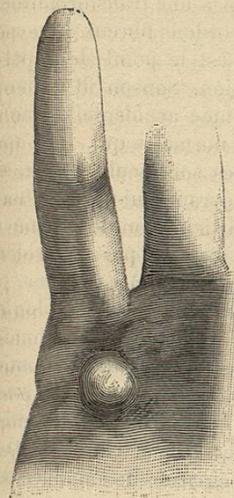


FIG. 43. — Rétraction de l'aponévrose palmaire au début; fibrome sous-cutané. (Blum.)

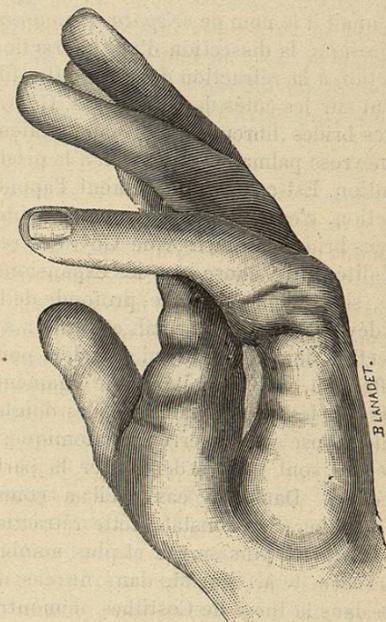


FIG. 44. — Rétraction de l'aponévrose palmaire opérée avec succès par la section sous-cutanée. (Blum.)

stituée, les doigts atteints se placent dans une attitude de flexion permanente; la première phalange est dans la flexion forcée sur le métacarpien correspondant, la seconde phalange dans la flexion sur la première; mais, caractère spécial à cette affection, la troisième phalange reste intacte. Le début se fait constamment par le bord cubital de la main, l'auriculaire d'abord, puis l'annulaire sont atteints, et, quand les autres doigts sont envahis à leur tour, ils le sont à un moindre degré. Le pouce n'est que très exceptionnellement

⁽¹⁾ DUPUYTREN, *Transact. med.*, 1853, t. XI, et *Leçons de clin. chir.*, t. IV, 1859.

atteint; Dupuytren ne l'a vu que 2 fois; Goyrand, 1 fois, Malgaigne, 1 fois, Polaillon, 1 fois.

Au niveau des brides saillantes, la peau décrit des plis transversaux, perpendiculaires à la direction de ces brides. Du reste, les brides fibreuses elles-mêmes ne sont point uniformes; elles présentent le plus souvent tout le long de leur étendue une série de bosselures de volume variable qui constituent comme autant de petits fibromes.

La marche de l'affection est lente, mais fatalement progressive. Elle est souvent symétrique, soit que les deux mains soient envahies simultanément, soit, ce qui est plus fréquent, qu'elles se prennent l'une après l'autre.

Anatomie pathologique. — Les opinions les plus nombreuses et les plus diverses se sont fait jour sur la nature de cette affection. Il en résulte nécessairement pour son étude une grande confusion. Boyer y voyait « une espèce de dessèchement, d'endurcissement, de rigidité du tendon et de la peau »; aussi lui donnait-il le nom de *crispatura tendinum*. Dupuytren, ayant pour la première fois pratiqué la dissection d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, attribua l'affection à la rétraction des languettes fibreuses qui, du ligament palmaire, se portent sur les côtés des phalanges. Goyrand (d'Aix) conclut de ses dissections que les brides fibreuses anormales étaient dues, non à une transformation de l'aponévrose palmaire, mais bien à la production de cordons fibreux de nouvelle formation. Est-ce bien réellement l'aponévrose qui est le point de départ de l'affection, c'est là-dessus que porte toute la discussion. Sanson fit remarquer que ces brides fibreuses, que Goyrand regardait comme accidentelles, ne sont en réalité autre chose que les expansions fibreuses normales qui, de l'aponévrose, se rendent à la face profonde de la peau; elles sont seulement le siège d'un développement anormal, et il rallia à son avis Goyrand lui-même. Quant à l'objection de Malgaigne qui se fonde, pour nier la participation de l'aponévrose à l'affection, sur ce fait que le ligament palmaire n'envoie pas de prolongements sur les parties latérales des doigts, nous n'avons pas à y insister, puisqu'elle repose sur une erreur anatomique. Du reste, les recherches histologiques modernes sont venues démontrer la participation de l'aponévrose palmaire à l'affection. Dans un cas qu'il a communiqué à la Société anatomique, M. P. Richer⁽¹⁾ a constaté cette rétraction de l'aponévrose, dont les faisceaux fibreux étaient plus serrés et plus nombreux qu'à l'état normal. De même, les recherches de M. Variot, dans un cas de M. Lancereaux, et celles de Doyen citées dans la thèse de Costilhes, démontrent la participation de l'aponévrose et celle de la peau elle-même à l'affection⁽²⁾. De sorte que, comme l'a fait remarquer Gerdy, on peut constater l'épaississement de tous les tissus fibreux dermiques et sous-cutanés. La peau elle-même est souvent atrophiée, amincie, au niveau des points où elle est soulevée par les brides fibreuses; ses glandes sudoripares sont atrophiées, le tissu adipeux sous-cutané a disparu. Pour Madelung⁽³⁾, cette disparition du tissu adipeux sous-cutané serait le fait initial; secondairement, il y aurait une inflammation chronique du tissu fibreux.

⁽¹⁾ P. RICHER, Rétraction de l'aponévrose palmaire. Bull. de la Soc. anat., mars 1877, p. 124.

⁽²⁾ COSTILHES, De la rétraction de l'aponévrose palmaire. Thèse de doct. de Paris, 1885, n° 140.

⁽³⁾ MADELUNG, Die Ätiologie und die operative Behandlung der Dupuytren'schen Fingerkrümmung. Berl. klin. Woch., 12 et 19 avril 1875, n° 15 et 16.

Étiologie. — Pendant longtemps on a assigné comme cause exclusive à la rétraction de l'aponévrose palmaire le traumatisme. Dupuytren avait observé un marchand de vins qui, descendant une barrique à la cave, avait ressenti subitement un craquement dans la main; il eut consécutivement une rétraction de l'aponévrose palmaire. Si un cocher présentait la même affection, on la mettait chez lui sur le compte du maniement du fouet. Cependant il se produisit bientôt des faits qui obligèrent à modifier ces notions étiologiques. C'est ainsi que Goyrand observa la rétraction de l'aponévrose palmaire chez un économe d'hôpital qui, depuis vingt ans, ne se livrait qu'à des travaux d'écriture. L'enquête ouverte par Goyrand à ce sujet lui démontra que le père de son malade avait été atteint de la même affection; ainsi entré en jeu un nouveau facteur, l'hérédité. Dans un cas de Dupuytren, la rétraction était congénitale; elle paraissait héréditaire, car la grand-mère avait également une rétraction congénitale des doigts. Ces faits, dans lesquels la rétraction de l'aponévrose palmaire ne peut être expliquée par un traumatisme, se rattachent à la diathèse arthritique. Souvent, en effet, les sujets qui sont atteints de cette déformation présentent d'autres manifestations qu'on peut rattacher à la goutte ou au rhumatisme. Cette manière de voir a été défendue dans sa thèse par Menjaud⁽¹⁾; elle a été appuyée depuis lors par un grand nombre d'observations. On a signalé également la coïncidence de la rétraction de l'aponévrose palmaire avec le diabète, ce qui la relie encore à l'arthritisme.

Diagnostic. — En général, il est facile de reconnaître la rétraction de l'aponévrose palmaire; l'intégrité de la peau permet de la distinguer des brides cicatricielles dues à une brûlure ou à une plaie accidentelle. Les rétractions tendineuses dues à une inflammation des tendons et de leurs grânes synoviales portent sur les trois phalanges des doigts, tandis que, dans la rétraction de l'aponévrose palmaire, les deux premières phalanges seules sont atteintes. La chloroformisation fait cesser les contractures musculaires, tandis qu'elle est sans effet sur les rétractions aponévrotiques.

Ce que nous avons dit de la tendance de la maladie vers une marche progressive montre assez combien est sérieux le pronostic.

Traitement. — Les relations existant entre la rétraction de l'aponévrose palmaire et l'arthritisme expliquent qu'un traitement général résolutif puisse procurer des succès. L'iodure de potassium à l'intérieur et en applications locales sous forme de pommades constitue le principal élément de ce traitement. On peut y joindre utilement le massage; mais souvent, en dépit du traitement général, le mal a tendance à progresser, ou bien il récidive, après une amélioration passagère. On se trouve ainsi conduit à pratiquer des opérations chirurgicales dont le résultat reste toujours aléatoire, vu la disposition diathésique à laquelle se rattache la maladie. Toutefois, en présence d'une difformité aussi pénible, les tentatives opératoires sont justifiées.

Dupuytren pratiquait à ciel ouvert la section transversale des brides fibreuses; on comprend tout ce qu'avait d'insuffisant une pareille méthode qui exposait fatalement à la récidive. Le même reproche peut être fait à la section sous-cutanée des brides fibreuses proposée par A. Cooper. Le procédé

⁽¹⁾ MENJAUD, De la rétraction spontanée et progressive des doigts, dans ses rapports avec la goutte et le rhumatisme goutteux. Thèse de doct. de Paris, 1861.

de Trélat que nous trouvons exposé dans la thèse de Durel⁽¹⁾ s'inspire de celui d'A. Cooper. Il consiste à faire la section sous-cutanée des brides fibreuses et des adhérences cutanées de l'aponévrose. Ce procédé comprend : 1^o la ponction de la peau pratiquée à l'aide d'un ténotome aigu; 2^o la libération sous-cutanée des adhérences aponévrotiques à l'aide d'un ténotome mousse; 3^o des sections transversales multiples portant sur les brides fibreuses.

Tout autre est la voie suivie par Goyrand (d'Aix), qui, à l'aide d'une incision longitudinale, mettait à nu les brides fibreuses dont il pratiquait l'excision. M. Richet rendait cette excision plus facile en faisant tomber sur l'incision verticale de la peau deux incisions transversales, de façon à obtenir deux sortes de volets qui, rabattus, permettaient une large excision des tissus fibreux. C'est à ce procédé que se rattache Madelung, lorsqu'il conseille de disséquer un lambeau de peau de forme triangulaire, puis d'exciser le tissu fibreux mis à nu. Kocher⁽²⁾ conseille également d'exciser tout le tissu fibreux mis à nu au moyen d'une longue incision verticale de la peau; il a opéré quatre cas par cette méthode; les résultats ont été très satisfaisants. L'examen histologique des portions d'aponévrose enlevées a été pratiqué par Langhans. Il a démontré une prolifération du tissu conjonctif séparant les faisceaux aponévrotiques. La peau est primitivement saine; l'aponévrose est le siège initial du mal; c'est donc sur elle que doit porter l'opération. Ce résultat vient confirmer ce que nous avons dit précédemment de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

II

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DU POIGNET

La région du poignet est le siège d'un certain nombre de productions pathologiques qui ont été étudiées déjà dans cet ouvrage⁽³⁾, et que nous rappellerons seulement pour mémoire.

1^o KYSTES SYNOVIAUX DE LA MAIN ET DU POIGNET

C'est surtout à la face palmaire de la main et des doigts que se développent ces tumeurs. Exceptionnellement elles occupent la face dorsale; je me rappelle cependant avoir observé, il y a fort longtemps, un malade exerçant la profession de boulanger, qui portait deux kystes synoviaux symétriquement placés sur la face dorsale des deux poignets. En 1889, j'ai opéré à l'Hôtel-Dieu⁽⁴⁾ un cocher qui portait à la face dorsale du poignet droit un kyste à grains riziformes ayant pris naissance dans la gaine des radiaux.

Arrivée à un certain développement, la tumeur présente généralement une forme bilobée; sa consistance est molle, fluctuante, et, lorsqu'on exerce des

(1) DUREL, *Essai sur la maladie de Dupuytren*. Thèse de doct. de Paris, 1888, n° 227.

(2) TH. KOCHER, *Behandlung der Retraktion der Palmaraponeurose*. *Centralblatt für Chir.*, 1888, n° 26 et 27.

(3) Voy. *Maladies des synoviales*, in *Traité de chirurgie*, t. I.

(4) KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur; des kystes synoviaux du poignet*, p. 345.

pressions alternatives sur chacun des deux lobes de la tumeur développés au-dessus et au-dessous du ligament annulaire du carpe, on transmet de l'une à l'autre la sensation de flot. Chez certains malades, la transmission du flot d'une poche à l'autre s'accompagne d'un bruit spécial de crépitation amidonnée qui traduit l'existence de ces productions spéciales, auxquelles on donne le nom de grains riziformes. On sait que les recherches bactériologiques récentes sont venues démontrer la nature tuberculeuse de ces grains riziformes.

Le pronostic dépend de l'idée qu'on se fait sur la nature tuberculeuse ou non des grains riziformes. Ce serait une exagération que de croire qu'il s'agisse toujours là de produits tuberculeux; en tout cas, les recherches modernes montrent que ce pronostic doit être réservé.

La question du traitement a été également modifiée de tout point dans la chirurgie moderne. Autrefois on possédait contre les kystes synoviaux du poignet un grand nombre de procédés opératoires; mais la plupart d'entre eux étaient insuffisants; ceux qui étaient vraiment actifs présentaient un trop grand danger. Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, l'opération consistant à ouvrir largement le kyste, pour en extraire le liquide et les grains riziformes, est devenue bénigne. Un grand nombre d'observations de ce genre ont été consignées dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, pour les années 1881, 1882 et 1885 (cas de Notta, Humbert, Polaillon, Faucon, Schwartz, etc.). Aujourd'hui de pareilles opérations sont définitivement passées dans la pratique chirurgicale.

2^o KYSTES OU GANGLIONS SYNOVIAUX

La région du poignet est aussi le siège de prédilection de petites tumeurs dites kystes ou ganglions synoviaux. Ce sont de petites masses arrondies, n'atteignant jamais un volume considérable, présentant parfois une coloration bleuâtre, vu la minceur de leur enveloppe. Elles siègent sur la face dorsale du poignet, beaucoup plus rarement sur ses parties latérales ou sur la face palmaire. On les a vues en rapport avec l'artère radiale, dont les battements les soulèvent au point de simuler de petites tumeurs anévrysmales. Dans d'autres cas, elles sont tellement dures et tendues qu'on a pu les prendre pour des saillies osseuses.

Dans l'immense majorité des cas, elles se développent aux dépens des synoviales articulaires du carpe. Les petits cryptes synoviaux décrits par Gosselin s'isolent du reste de la synoviale par l'oblitération de leur goulot et deviennent le point de départ des kystes. Foucher a montré que leur développement pouvait également se faire aux dépens des synoviales tendineuses. De là, les deux catégories de kystes ou ganglions synoviaux, dits par Demarquay *téno-synoviaux* et *arthro-synoviaux*.

Pour ce qui est de l'étiologie de ces petites tumeurs, on les rencontre surtout chez la femme, dans les professions qui exigent de fréquents mouvements de la main et des doigts, telles que celles de pianiste, de couturière, de blanchisseuse. L'opinion de Barwell, qui en faisait de véritables hernies de la synoviale se produisant sous l'influence d'efforts violents, ne saurait être admise; car, alors on devrait les voir surtout chez l'homme et dans les professions qui exigent un grand déploiement de force.