

doigts, pendant que l'on opère sur ces derniers des tractions dans le sens convenable. Aussitôt après l'incision, qui met assez souvent à nu les tendons, on applique un pansement antiseptique tendant en même temps, à un degré modéré, à corriger la déformation. Mais l'extension proprement dite ne commence qu'à la période de granulation. Les petits débridements transversaux ont pour but de mettre à la place de la cicatrice une couche de bourgeons charnus peu étendue en surface. On sait que le tissu de granulation est extrêmement extensible; par conséquent, pendant que la main et les doigts sont convenablement étendus, on doit chercher à allonger ce tissu dans tous les sens, soit par l'application de bandelettes de sparadrap, soit par des mouvements passifs, soit enfin par la fixation dans une bonne position. On peut se servir des moyens les plus simples pour produire l'extension; les appareils compliqués (EULENBURG, SCHOENBORN) sont absolument superflus. Il est facile de construire, suivant le cas particulier, soit une attelle digitée, contre laquelle on fixe chaque doigt séparément à l'aide de sparadrap, soit une attelle recourbée suivant les circonstances, et munie latéralement de chevilles contre lesquelles on attire chacun des doigts au moyen de bandelettes de sparadrap, parfois avec intercalation de liens de caoutchouc. Il est inutile d'insister sur ce traitement, et nous pouvons parfaitement laisser à l'initiative de chaque médecin le soin de remplir pour le mieux la tâche qui consiste à fixer la main et les doigts, pendant toute la durée de la guérison de la plaie, dans une position aussi opposée que possible à celle de la déformation cicatricielle.

Nous attachons décidément plus d'importance que nombre d'autres chirurgiens à l'incision transversale ou se rapprochant plus ou moins de l'axe longitudinal, car nous avons obtenu d'excellents résultats de cette opération; mais nous savons bien qu'elle ne peut remédier à tout.

Lorsqu'il s'agit d'une cicatrice étendue et profonde, on peut, surtout si elle siège à la paume de la main, opérer à peu près de la même manière que dans les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, c'est-à-dire en détachant des tissus profonds un lambeau triangulaire, ainsi que nous le décrirons dans les paragraphes suivants (méthode de BUSCH).

Parfois on arrive à de sérieux résultats par de grandes opérations plastiques. Mentionnons, sous ce rapport, les tentatives qui ont été faites pour combler la perte de substance, au moyen d'un lambeau emprunté à des parties éloignées, par exemple à la poitrine (FABRIZI). Plus souvent encore on a utilisé les téguments de la face dorsale de la main ou de l'avant-bras. Toutefois ces lambeaux se gangrènent facilement. Dans quelques cas, on peut aussi employer dans le même but la peau d'un doigt que l'on est, d'ailleurs, obligé d'enlever parce qu'il est ankylosé, ou que, pour d'autres motifs, il ne peut plus rendre aucun service. Dans le

cas dont j'ai donné plus haut le dessin (fig. 25), j'ai procédé suivant le conseil de ROSER, c'est-à-dire qu'après avoir disséqué les téguments de l'index ankylosé, et désarticulé ce dernier, j'ai suturé le lambeau cutané ainsi obtenu dans la grande brèche produite par l'incision de la cicatrice. Le résultat fut très favorable.

§ 115. — A la rigueur, ce n'est pas ici que nous devrions placer l'étude de l'affection connue, depuis DUPUYTREN, sous le nom de **rétraction de l'aponévrose palmaire**, mais au point de vue du traitement, il est préférable que nous nous en occupions dès maintenant.

L'incurvation pathologique des doigts dans le sens de la flexion, conséquence de la rétraction du tissu conjonctif sur laquelle nous reviendrons plus loin, se développe, en général, tout d'abord au quatrième doigt, et peut même se limiter à ce dernier. Cependant, de l'annulaire, elle s'étend volontiers au troisième et parfois au cinquième doigt. On l'observe très rarement à l'index, et encore plus rarement au pouce. Tout d'abord on s'aperçoit que le doigt tend à se fléchir du côté palmaire au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, puis on ne tarde pas à voir apparaître un certain degré de flexion de la seconde phalange sur la première. Le doigt oppose aux essais d'extension une résistance élastique, mais très marquée, tandis que la flexion peut se faire avec énergie. Le plus souvent, l'incurvation du doigt augmente peu à peu à tel point que l'extrémité digitale se met en contact avec la paume de la main. Il n'arrive que très rarement que l'ongle pénètre dans les parties molles de cette région (WERNHER, EULENBURG).

Quelles sont les causes de cette rétraction progressive, dans le sens de la flexion? Lorsqu'on examine la paume de la main, on y trouve des cordons fortement tendus qui ressemblent aux tendons des fléchisseurs et se rendent à la face palmaire des doigts; c'est surtout lorsqu'on cherche à étendre ces derniers, que les cordons en question se dessinent nettement. En général, on peut les suivre jusqu'à la base de la seconde phalange. Ils sont situés en partie dans le tissu adipeux sous-cutané et en partie dans la peau elle-même, ou se terminent tout au moins dans cette dernière; en effet, la peau se meut avec ces brides, lorsqu'on les tend, elle pénètre entre ces dernières et forme ainsi des plis et dépressions caractéristiques.

DUPUYTREN et GOYRAND ont prouvé que ces brides cicatricielles ne sont nullement, comme on le croyait avant eux, en relation avec les tendons fléchisseurs; ils ont démontré que la rétraction avait pour siège l'aponévrose palmaire.

L'aponévrose palmaire s'étend sous la peau de la paume de la main, sous la forme d'une membrane épaisse et résistante dans laquelle se perd le tendon du petit palmaire. Par ses faisceaux longitudinaux elle est en relation de continuité avec les fibres tendineuses de ce muscle, et en outre, elle reçoit des fibres du ligament annulaire antérieur du carpe. Sa forme est celle d'un trian-

gle, dont la pointe correspond au point d'insertion du petit palmaire, et la base à la racine des quatre derniers doigts. Les bords latéraux de l'aponévrose n'empiètent que légèrement sur les éminences thénar et hypothénar. A la base des quatre derniers doigts elle se divise en autant de languettes, dont chacune fournit à son tour deux faisceaux qui se portent sur les côtés du doigt correspondant, de façon à préserver de la compression les vaisseaux et nerfs digitaux, et se perdent sur la face dorsale de la première phalange (LUSCHKA). Dans toute son étendue l'aponévrose envoie vers la peau des faisceaux entre lesquels se trouvent des pelotons adipeux de volume variable. Si l'on fléchit la main et les doigts, on détend par le fait l'aponévrose palmaire ainsi que la couche graisseuse sous-cutanée; la peau forme alors un certain nombre de saillies arrondies, inégales, elle devient mobile sur les parties profondes et peut être soulevée en plis; par contre, dans l'extension, les différentes cloisons que l'aponévrose envoie dans la peau, se trouvent tendues, et il en est de même, par conséquent, des pelotons adipeux qu'elles contiennent. Il va sans dire que la peau est alors lisse et ne peut être plissée, car on ne peut la déplacer sur la couche sous-jacente avec laquelle elle est intimement soudée.

D'après ce qui précède, on comprend facilement que lorsqu'il se produit une rétraction inflammatoire dans le domaine des fibres aponévrotiques qui se rendent à l'un des doigts, ce processus ne se manifeste pas seulement par la présence d'une bride épaisse et dure, dans la profondeur, mais qu'il intéresse nécessairement aussi la peau, grâce aux cloisons fibreuses que lui envoie l'aponévrose palmaire.

W. BAUM admet comme cause essentielle de cette affection, des processus de dégénérescence de la peau elle-même (formation d'un tissu cicatriciel, ayant une tendance à la rétraction). Nous avons déjà fait remarquer que la peau de la région palmaire joue un rôle très important dans le mécanisme d'extension et d'hyperextension; pour le démontrer il suffit, les doigts étant fléchis, de fixer un pli des téguments palmaires avec les extrémités digitales de l'autre main, et d'essayer alors d'étendre les doigts. L'extension est, en effet, impossible dans ces conditions. Lorsqu'on fait le poing, c'est l'annulaire qui se fléchit le plus fortement, l'extrémité de ce doigt arrivant en contact avec la partie la plus déclive de la paume de la main comprise entre les éminences thénar et hypothénar; puis viennent, dans l'ordre de flexion, le médium et le petit doigt, et en dernier lieu l'index. Aussi l'annulaire subit-il le premier et le plus fortement l'influence fâcheuse d'une diminution même légère de la mobilité des téguments palmaires; d'autre part, la partie de ces derniers dans laquelle s'imprime le bout de ce doigt dans la formation du poing, est précisément celle qui se trouve le plus exposée aux traumatismes de toutes sortes. Aussi voyons-nous BAUM considérer comme des productions hyperplasiques de la peau les brides de tissu conjonctif qui, pour les autres chirurgiens, sont formées par l'aponévrose palmaire.

Tandis que nous avons des notions claires sur le processus anatomo-pathologique de la rétraction de l'aponévrose palmaire, nous connaissons beaucoup moins l'étiologie de cette affection. DUPUYTREN admettait qu'elle n'était que la conséquence des traumatismes multiples auxquels se trouve soumise la

paume de la main dans le maniement d'instruments que l'on est obligé de serrer très fortement. C'est pourquoi on l'observerait particulièrement chez les forgerons, les graveurs, les tailleurs de pierres. DUPUYTREN donnait comme exemple son cocher, chez lequel le maniement du fouet aurait été la cause de la rétraction; mais cet exemple n'est certainement pas très concluant puisque, chez cet individu, l'affection s'était développée symétriquement aux deux mains. Bien que l'on doive accorder que les professions que nous venons de mentionner, sont plus exposées que les autres à la rétraction de l'aponévrose palmaire, on n'a pas de raisons de l'admettre d'une façon aussi exclusive que DUPUYTREN. Il est hors de doute que l'âge avancé est plus souvent affecté que le jeune âge; généralement, il s'agit d'individus ayant passé la cinquantaine. MADELUNG cherche une prédisposition inflammatoire dans la disparition du tissu adipeux que l'on observe habituellement à un âge avancé; les parties proéminentes de la main seraient ainsi moins protégées et se trouveraient comprimées davantage contre les os et les tendons sous-jacents, toutes conditions favorables au développement de processus inflammatoires chroniques, avec tendance à la rétraction cicatricielle, précisément dans les régions les plus exposées aux causes traumatiques. De fait, on a vu quelquefois la rétraction se produire à la suite d'un trauma. Mais d'autres causes doivent être en jeu également. Parfois on a constaté l'hérédité de cette affection, qui alors apparaît à une période peu avancée de la vie. Peut-être s'agit-il ici d'une prédisposition congénitale à la formation de masses fibreuses dans l'aponévrose palmaire. Dans un cas tout au moins une telle prédisposition m'a paru devoir être considérée comme probable. Ce qui ne me semble pas du tout prouvé, c'est que la maladie en question soit sous la dépendance de l'arthritisme ou du rhumatisme, comme l'ont affirmé nombre d'auteurs et, en dernier lieu, PITHA.

Le pronostic de la rétraction de l'aponévrose palmaire est mauvais, en l'absence de toute intervention chirurgicale. La déformation suit presque toujours une marche progressive; elle atteint successivement les différents doigts, qui s'infléchissent peu à peu, à tel point que les extrémités digitales s'impriment dans la paume de la main. L'ouvrier atteint de cette affection, éprouve d'abord une gêne notable dans le maniement des instruments dont il se sert; finalement, il est tourmenté de vives douleurs dans son travail, auquel il est obligé de renoncer tout à fait. Mais même les individus dont la profession ne constitue pas une cause prédisposante de la rétraction palmaire, sont considérablement gênés dans leurs occupations; le doigt recourbé bute partout et met obstacle à tous les mouvements; si on l'amène de force dans l'extension, de violentes douleurs en sont la conséquence; aussi le malade ne peut-il se livrer à diverses occupations ni à certains arts, tels que le jeu du piano. Ce qui aggrave encore le pronostic, c'est que les méthodes de traitement, opératoires ou autres, n'ont donné, jusque dans ces derniers temps, que de bien maigres résultats.

Une méthode de traitement très ennuyeuse, et, de plus, d'une valeur très problématique, est celle qui consiste à chercher à amener les doigts dans l'ex-