

manifestent que dans certains travaux manuels; au début, ils ne se produisent qu'après un long travail, tandis que dans la suite ils apparaissent plus tôt ou avec plus d'intensité. Ces troubles consistent parfois dans des contractions spasmodiques de muscles isolés ou d'un groupe musculaire, et l'on observe alors des mouvements brusques de l'un ou l'autre doigt, et particulièrement du pouce et de l'index; l'écriture est ainsi tout d'abord troublée par l'intercalation de crochets et de traits non motivés. Parfois le doigt se met subitement dans l'extension et laisse tomber la plume, ou bien le pouce se porte tout à coup dans l'abduction ou l'opposition; dans d'autres cas, les doigts se mettent en griffes et tiennent la plume fortement serrée, et alors se produisent, dans l'avant-bras, des contractions spasmodiques qui se manifestent par des mouvements de pronation et de supination; les muscles du bras peuvent être aussi le siège de pareilles contractions. Quelquefois on observe un tremblement de la main. Le malade cherche tout d'abord à faire cesser ces différentes formes de crampe en donnant à la main droite toutes les positions imaginables, et en la soutenant de la main gauche; mais, finalement, il n'arrive plus à écrire que quelques mots, auxquels succèdent des traits irréguliers de toutes formes, puis l'écriture devient tout à fait impossible. A ces cas on peut en opposer d'autres dans lesquels le malade, chaque fois qu'il essaye d'écrire, éprouve dans l'avant-bras et la main une sensation pénible de fatigue qui devient de plus en plus prononcée, au point que finalement le membre épuisé ne peut plus rendre aucun service. La sensation de fatigue reste assez souvent limitée au côté de la flexion ou de l'extension ou même au côté cubital. Nous avons désigné cette forme de trouble fonctionnel sous le nom de forme paralytique de la crampe des écrivains. Toutefois la paralysie ne s'étend ici qu'à l'action combinée des muscles, dans l'acte qui consiste à écrire, et non à l'action isolée de chacun de ces muscles.

Nous ne savons rien de l'anatomie pathologique de la crampe des écrivains, et l'étiologie de cette affection est aussi presque toujours obscure. Parmi les individus qui sont atteints de ce trouble fonctionnel, il y en a qui sont écrivains, de profession, mais parfois on l'observe également chez des personnes qui écrivent peu, et chez lesquels on ne saurait, par conséquent, invoquer comme cause un état de fatigue par fonctionnement exagéré des muscles correspondants. Bien souvent il s'agit d'individus appartenant à des familles nerveuses et nerveux eux-mêmes, chez lesquels on observe en même temps d'autres troubles nerveux, des hyperesthésies locales et des anesthésies. Les hommes, on le comprend, sont plus souvent atteints de cette maladie que les femmes, car ils écrivent davantage, et ceux qui en sont affectés appartiennent pour la plupart à des professions qui les obligent à écrire beaucoup (négociants, employés de bureaux, etc.). Rarement on a trouvé comme cause de la crampe des névrites ou des actions traumatiques sur les nerfs et les muscles (corps étrangers, etc.). De mauvais instruments, la mauvaise qualité du papier et de la plume peuvent favoriser le développement de cette maladie.

S'agit-il dans cette affection d'un affaiblissement primitif de certains muscles et d'une crampe consécutive des antagonistes, ou avons-nous affaire à une excitabilité exagérée et à un épuisement plus rapide des appareils de coordination? C'est ce que, pour le moment, nous ignorons tout à fait. Par contre, nous ne savons que trop que le pronostic est presque toujours mauvais. Même les individus qui ont assez d'énergie pour apprendre à écrire de la main gau-

che, voient souvent cette dernière devenir malade à son tour. Au début le pronostic est encore relativement favorable, lorsque le malade se résigne à ne plus se servir de la plume pendant longtemps. S'il est obligé d'écrire, on lui recommandera de se servir de porte-plume commodes, faciles à manier (porte-plume épais en liège), ou encore de petits instruments particuliers (bracelet de NUSSBAUM). Lorsque c'est le pouce qui est surtout affecté, on fixe la plume dans une plaque métallique munie de deux anneaux, l'un pour l'index et l'autre pour le médius, de façon que le pouce soit laissé tout à fait en repos. On a aussi imaginé de fixer la plume dans un bouchon de liège. Parfois on obtiendrait quelque amélioration en entourant fortement le poignet de bandelettes de sparadrap (TUPPERT). On arrive quelquefois à de bons résultats en prescrivant au malade de renoncer à écrire pendant un certain temps, comme aussi en combattant le nervosisme par un traitement approprié (usage modéré des douches et bains froids, voyages en pays montagneux, etc.). Mais c'est de l'électricité que l'on a le plus à espérer. ERB conseille avant tout le courant galvanique; cependant on n'est pas encore bien fixé sur le mode d'emploi de cet agent thérapeutique. ERB recommande l'application sur la colonne vertébrale de courants ascendants à pôles fixes et mobilisés, en même temps que l'électrisation périphérique du membre supérieur, et principalement des muscles et nerfs affectés. Quelquefois aussi le malade s'est bien trouvé du port prolongé d'un simple élément galvanique sur le bras. On comprend que l'on ait fait un grand usage de tous les médicaments nervins, tels que la strychnine, etc.

D'habitude, la ténotomie est tout aussi peu efficace que les autres moyens de traitement; cependant STROMEYER a obtenu dans un cas la guérison par la ténotomie du fléchisseur du pouce. DIEFFENBACH et LANGENBECK ont opéré sans succès, et le bon résultat auquel est arrivé PITHA chez un de ses malades, n'a été que passager.

On trouvera de plus amples détails sur cette affection dans les manuels et traités des maladies nerveuses (ERB, ROSENTHAL, HASSE, etc.).

#### E. TUMEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS. MALADIES DES ONGLES.

§ 134. — C'est la peau de la main qui est le siège le plus fréquent des verrues. Le fait qu'elles se développent si souvent sur une partie du corps qui n'est pas recouverte par les vêtements, montre évidemment que la cause doit en être cherchée dans quelque irritation locale externe. Mais quelle est la nature de cette irritation, pourquoi voit-on parfois se développer tout à coup un nombre considérable de ces petites tumeurs qui disparaissent ensuite tout aussi rapidement, sans aucune influence extérieure appréciable? C'est ce qu'on n'a pu expliquer jusqu'ici. La présence des verrues est surtout gênante à la face palmaire des doigts ou sous le bord de l'ongle. C'est ici surtout que le malade a des raisons suffisantes pour désirer l'ablation de ces petites tumeurs, qu'il demande, du reste, assez souvent, à un point de vue purement esthétique. On les fait disparaître au moyen de substances caustiques telles que l'acide chromique, l'acide nitrique, la potasse caustique, ou bien on les extirpe profondément, à l'aide d'instruments tranchants.

Souvent les verrues disparaissent lorsqu'on fait porter pendant longtemps un doigt de gant ou un gant entier, de façon à protéger les parties de la peau sur lesquelles se sont développées les petites tumeurs. On obtient aussi assez souvent la guérison par l'enveloppement prolongé avec des bandelettes de sparadrap.

Abstraction faite des verrues, les néoplasmes de la peau ne sont pas précisément d'une grande fréquence. Nous ne ferons que mentionner l'**éléphantiasis** de la main et de tout le membre supérieur. Les tumeurs sans doute les plus fréquentes sont les **angiomes** simples et caverneux. L'angiome caverneux se développe parfois, chez des personnes âgées, à la face palmaire des doigts, et assez souvent sous la forme multiple. Chez les enfants on observe aussi quelquefois des angiomes caverneux et des angiomes simples combinés avec une hypertrophie du tissu adipeux. Dans la règle, l'extirpation est possible dans l'une et l'autre forme d'angiome. Nous avons déjà décrit ailleurs les tumeurs vasculaires qui s'étendent jusque dans l'avant-bras. Un seul endroit est assez fréquemment le siège d'un néoplasme malin: en effet, le **carcinome de la peau**, que l'on observe particulièrement chez les hommes âgés, se développe surtout à la *face dorsale de la main*, où il envahit d'abord les téguments, puis peu à peu les parties molles profondes.

RANKE, se basant sur des observations de la clinique de Halle, fait mention d'une tumeur qui, il est vrai, n'est pas fréquente à la main et aux doigts, mais qui, lorsqu'elle se développe, présente des symptômes tout à fait particuliers, et peut être facilement confondue avec d'autres tumeurs, ou avec des processus inflammatoires. Nous voulons parler du **lipome** de la face palmaire de la main et des doigts. En ce qui concerne le développement de cette tumeur dans la paume de la main, RANKE renvoie aux communications de TRÉLAT, sur ce sujet. Ici le lipome, dans les stades avancés de son développement, s'accroît dans la direction de la gaine tendineuse des fléchisseurs. Lorsqu'on ne connaît pas l'histoire du développement de la tumeur, — le lipome débute par une petite nodosité qui s'accroît lentement, — on peut facilement la confondre avec l'hygrôme en bissac; en effet, on constate de la fluctuation, et parfois on perçoit une crépitation particulière, analogue à celle que produisent les corps riziformes par leurs frottements réciproques. L'extirpation s'opère toujours facilement à travers une petite incision des téguments.

Aux doigts également les petites tumeurs graisseuses ont le plus souvent pour point de départ le tissu conjonctif qui entoure directement la gaine tendineuse, et elles se montrent tout d'abord sous la forme de petites nodosités dures, que l'on peut à l'occasion confondre avec des kystes séreux (ganglions). Bientôt elles s'accroissent dans la direction du tendon, et plus tard elles s'étendent au delà des limites de la gaine tendineuse. Dans les derniers stades du développement de la tumeur, on devra prendre surtout en considération pour le diagnostic les kystes séreux, qui, de même que les lipomes, se montrent volontiers dans les endroits exposés à des pressions fréquentes. Dans les cas douteux on aura recours à la ponction ou à l'incision pratiquée avec les précautions antiseptiques.

Pour l'extirpation il importe de se rappeler que le lipome n'est uni que d'une façon très lâche avec le voisinage, et qu'il recouvre la gaine tendineuse sans faire saillie dans cette dernière. Ici encore, une petite incision suffit pour l'ablation de la tumeur. Dans le tissu sous-cutané de la paume de la main on rencontre aussi quelquefois des lipomes, avec tendance à s'étendre d'une façon diffuse. Chez une jeune fille j'ai enlevé une tumeur volumineuse de ce genre développée dans la région hypothénar.

Quant aux gaines tendineuses, elles sont, volontiers, le siège d'un hygrôme ou d'une synovite fongueuse, mais elles sont rarement le point de départ d'un fibrome, d'un sarcome, etc. Le **fongus** ou inflammation granulo-tuberculeuse de la gaine tendineuse, dont nous avons déjà fait mention précédemment, peut offrir de très grandes difficultés de diagnostic, surtout lorsqu'il se développe isolément dans une seule gaine. Il se présente sous la forme de tumeurs très élastiques, pseudo-fluctuantes, développées le long d'un tendon. Parfois aussi le tendon se trouve enfermé dans une tumeur fibreuse, qui contient des tubercules milliaires en grand nombre (voir § 125). J'ai observé aussi plusieurs fois des **sarcomes à cellules géantes**, dans l'intérieur des gaines tendineuses des doigts.

Assez souvent on voit des tumeurs se développer aux dépens du périoste ou du tissu osseux des métacarpiens ou des phalanges. Les **sarcomes périostaux** et **myéloïdes** sont à peu près aussi fréquents que les **enchondromes**. On a publié également des cas de **fibromes** ayant pour point de départ soit la gaine tendineuse, soit le périoste ou l'os.

Les **sarcomes** ont, en général, une marche rapide, et le traitement consiste ici, presque toujours, dans des amputations étendues, consistant à enlever la tumeur avec l'os correspondant. Dans certains cas, les **fibromes** peuvent être séparés des tissus voisins et extirpés simplement.

Les **enchondromes** ont, en général, une marche très lente et se développent dans la première jeunesse; on les reconnaît à leur forme ronde, tubéreuse, à leur consistance dure et à la mobilité de la peau qui les recouvre; on peut aussi parfois les enlever, sans avoir recours à l'amputation. En tout cas, on fera bien de ne pas leur laisser prendre un trop grand développement, car ils peuvent donner lieu à des métastases mortelles. Un certain nombre d'observations (PARISOT, BACH, RIED, etc.) tendent à prouver que, seuls, les gros enchondromes centraux doivent être enlevés avec la partie correspondante du membre, tandis que, lorsqu'il s'agit de petits enchondromes des métacarpiens et des phalanges, on peut obtenir une guérison durable par l'ablation de la tumeur, par l'évidement de l'os, pratiqué de façon à ne laisser subsister qu'une mince couche de substance corticale, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à une cautérisation ultérieure.

Le **carcinome**, s'il n'est pas trop étendu, doit être enlevé avec une