

RÉPONSE. — Ceci est très variable ; en principe, si les dosages et les frottis sont initialement mauvais, il faut continuer la surveillance et le traitement jusqu'à normalisation des frottis et des dosages.

Mais rappelez-vous qu'il est indispensable d'établir les courbes des résultats, car, c'est bien plus l'allure de cette courbe que les résultats isolés de chaque épreuve de laboratoire qui a une signification pronostique : une courbe très éloignée de la normale en valeur absolue, mais qui reste sensiblement parallèle à la courbe idéale est de bon augure ; une courbe irrégulière avec des variations importantes et passagères est d'un pronostic beaucoup plus réservé.

QUESTION. — *Pensez-vous que ces méthodes vont encore s'améliorer dans l'avenir ?*

RÉPONSE. — Il est hors de doute que les progrès incessants des techniques chimiques et cytologiques vont rendre peu à peu les résultats de ces épreuves plus fidèles et plus précis ; mais, il est non moins certain que l'utilisation combinée des dosages et des frottis dans leur état actuel, donne, dès maintenant, au praticien la possibilité de poser dans les cas d'avortement endocrinien des indications thérapeutiques valables et d'en suivre utilement les effets, à la condition, bien entendu, de ne pas demander au laboratoire plus qu'il ne peut donner et de laisser toujours le dernier mot à la clinique.

## ENTRETIENS DE THÉRAPEUTIQUE

# TRAITEMENT DE LA MALADIE DE DUPUYTREN PAR L'HYDROCORTISONE LOCALE ASSOCIÉE AUX MANŒUVRES DE REDRESSEMENT

(135 CAS TRAITÉS)

par Nina DEBEYRE

DEPUIS quatre ans, nous avons traité 135 cas de maladie de Dupuytren par les injections locales d'Hydrocortisone. Les résultats que nous avons obtenus sont intéressants par le nombre de malades traités et le recul de quatre ans que nous possédons.

Ces 135 malades (1) se rangent parmi les quatre premiers degrés décrits par Iselin et Dickmann.

80 malades appartiennent au *premier degré* caractérisé par l'existence d'un ou plusieurs nodules palmaires sous-cutanés, adhérents ou non à la peau, souvent un peu douloureux. Ces nodules siègent fréquemment devant le 4<sup>e</sup> métacarpien, mais souvent aussi devant le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup>. On les trouve entre les plis palmaires de préférence entre le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup>. Dans certains de nos cas, existaient déjà une ou plusieurs cordes palmaires. Dans ce premier degré il n'y a pas de flexion du doigt et pas de gêne fonctionnelle.

26 malades appartiennent au *deuxième degré*, qui est caractérisé par la flexion plus ou moins importante de la première phalange d'un ou plusieurs doigts. C'est le stade où la gêne fonctionnelle s'installe.

(1) Nous n'avons pas compris dans ce travail 18 malades ayant cessé le traitement avant d'avoir reçu un nombre suffisant d'injections et chez qui les résultats sont inappréciables.

29 malades appartiennent au *troisième degré*, caractérisé par la flexion forcée non seulement de la première phalange, mais aussi de la deuxième et même de la troisième, et cela au niveau d'un ou plusieurs doigts. La gêne fonctionnelle est très importante. Il y a parfois des troubles trophiques cutanés sous les doigts fléchis. C'est le stade auquel le malade se décide à l'intervention chirurgicale.

Un malade appartient au *quatrième degré*, caractérisé par l'hyperextension de la troisième phalange sur la deuxième, elle-même fléchie sur la première.

### TECHNIQUE DU TRAITEMENT

A l'aide d'une aiguille à intra-veineuse, donc de calibre assez fort, nous injectons l'hydrocortisone dans chaque nodule induré et tout le long de la corde palmaire. La quantité injectée chaque fois est variable suivant les possibilités locales. Elle varie de 1/2 cm<sup>3</sup> à 1 cm<sup>3</sup>. Nous tâchons de réaliser une bonne imbibition du nodule et des tissus avoisinants. Il n'est donc pas rare pour les atteintes importantes que nous effectuons sur le même patient à

chaque séance faire 5 et plus.

Dans la séance hebdomadaire suivant les 15 jours et pour entre

Dans les nous effectuons la séance hebdomadaire

La première douloureuse ; injections

vraiment la quantité de doigts rest

sont pas de nos malades sténo-dactylite la séance de

Dans les troisième degré langienne,

d'injection sur la première

jamais première pas la luxation ensuite lui-même analogues.

vers la troisième qu'au cours des manœuvres de redressement

corrections et de pond très e

rant un tissu en règle générale déchirement

Aux injections locales, nous et 4<sup>e</sup> degrés porte la nu

### Premier d

Dans tous et une diminution

ait pas encore souvent une

comme une impression a

Si les nous jamais entièrement fait que les

vivement espèrent un traitement non douloureux

En tout cas maladie a été

chaque séance 5 à 10 injections différentes, utilisant pour ce faire 5 cm<sup>3</sup> et même plus d'hydrocortisone, soit 125 mg et plus.

Dans les cas au premier degré, nous effectuons une séance hebdomadaire pendant le premier mois, puis, suivant les résultats, nous espaçons en injectant tous les 15 jours et bientôt tous les mois ou tous les deux mois pour entretenir le résultat.

Dans les cas au deuxième, troisième et quatrième degré nous effectuons aussi régulièrement que possible une séance hebdomadaire pendant des mois.

La première séance d'injection est le plus souvent douloureuse ; mais il est curieux de constater que les injections ultérieures certes désagréables ne sont pas vraiment douloureuses disent les malades. Suivant la quantité de liquide injecté, la paume de la main ou les doigts restent gonflés pendant 24 à 48 heures, mais ne sont pas douloureux. Le travail n'est pas gêné. Nombre de nos malades sont des travailleurs manuels (forgerons, sténo-dactylos, chauffeurs), ils reprennent le travail dès la séance d'injection terminée.

Dans les maladies de Dupuytren du deuxième et troisième degrés, c'est-à-dire présentant une inflexion phalangienne, nous exerçons avant et après la séance d'injection de fortes tractions digitales en prenant appui sur la première ou la deuxième phalange infléchie (ne jamais prendre appui sur la troisième phalange pour ne pas la luxer) et nous demandons au malade d'exercer ensuite lui-même, aussi souvent que possible, des tractions analogues. Après 3 ou 4 séances d'injections, c'est-à-dire vers la troisième semaine de traitement, il n'est pas rare qu'au cours de ces tractions se produisent des craquements correspondant probablement à la rupture d'adhérences et de cordes fibreuses. Le bruit entendu correspondant très exactement à celui que l'on obtient en déchirant un tissu. Cela ne provoque aucune douleur. Il n'y a en règle générale pas d'hématome. A l'occasion de ces déchirements les phalanges peu à peu se redressent.

Aux injections locales d'hydrocortisone et aux tractions locales, nous associons constamment dans les 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés des *plâtres de redressement* que le malade porte la nuit.

## RESULTATS

### Premier degré : 80 malades.

Dans tous les cas, il s'est produit un assouplissement et une diminution de volume des nodules. Bien qu'il n'y ait pas encore d'inflexion digitale, le malade ressentait souvent une légère raideur à la flexion de la main, comme une impression de « corps étranger ». Cette impression a disparu dans tous les cas.

Si les nodules se sont assouplis, ils n'ont pourtant jamais entièrement disparu. Cela est peut-être dû au fait que les injections ont été peu fréquentes et relativement espacées : il est bien difficile en effet d'imposer un traitement régulier, hebdomadaire, pour une affection non douloureuse et non encore invalidante.

En tout cas, chez ces 80 malades, l'évolution de la maladie a été jusqu'à présent stoppée. Plusieurs malades

ne reçoivent plus d'injections depuis un an à trois ans et il n'y a pas eu de rechutes.

Certes, l'évolution de ces lésions est cliniquement très capricieuse et l'on sait que la maladie peut rester au stade I des années et même régresser spontanément. Cependant nous devons remarquer que parmi nos 80 malades, certains étaient en train de s'aggraver très rapidement au moment où nous les avons entrepris.

### Deuxième degré : 26 malades.

Sur 26 malades nous notons 5 échecs. Certes les nodules et les cordes palmaires se sont indiscutablement assouplis et les doigts sont moins enraidis. Pourtant, ce sont des échecs, car après respectivement un an et 6 mois de traitement, nous n'avons pas observé de redressement phalangien bien net.

Dans 6 cas, le résultat est partiel. Une très importante amélioration est obtenue, mais il persiste encore un certain degré d'inflexion de la première phalange. Deux de ces malades continuent le traitement. Quatre autres ont abandonné, car ils s'estiment satisfaits de l'amélioration obtenue.

Dans 15 cas le résultat est excellent. Les doigts sont redevenus presque normaux. Les cordes palmaires se sont affaïssées. Tout traitement est arrêté depuis 2 mois à 2 ans et il n'y a pas de rechutes.

### Troisième degré : 26 malades.

10 résultats excellents. Parmi ces résultats, nous rangeons les cas dont la restitution est complète. Les 9 autres malades ont des mains presque normales, c'est-à-dire qu'il persiste encore une inflexion digitale du premier ou deuxième degrés, quelques indurations palmaires. En tout cas, les doigts sont redressés. Les malades satisfaits ont arrêté le traitement, et il n'y a pas eu de rechute.

15 résultats partiels. Il s'agit soit de malades encore en traitement, soit de malades qui ont cessé de venir consulter parce qu'ils étaient satisfaits du résultat obtenu. En effet, au stade du troisième degré, plusieurs doigts sont en général atteints, et quand au bout de nombreux mois, deux ou trois doigts sont redressés, qu'il ne persiste que l'inflexion d'un cinquième doigt moins gênante, ou de une ou deux phalanges, le malade s'estime suffisamment amélioré, car on a levé l'hypothèque de l'invalidité totale. Il décide de ne revenir consulter que si un jour la maladie s'aggravait à nouveau.

1 échec à peu près total : pas de redressement, peu de ramollissement après 3 mois d'un traitement que le malade découragé a interrompu. Il s'agit d'une maladie de Dupuytren datant de 6 mois survenue après une hémiplégie partiellement régressive. La rétraction digitale se trouve du côté parésié qui est de plus le siège d'un petit Parkinson.

### Quatrième degré : 1 malade.

1 échec à peu près total. Il s'agit d'une maladie de Dupuytren très mutilante : aucun doigt n'est indemne. Le malade a été opéré 3 fois et 3 fois la maladie a rechuté totalement : 1 doigt est amputé ; après 8 mois de traitement, certes, nous avons gagné quelques degrés

sur 3 doigts, certaines cordes se sont ramollies, mais par centre un doigt s'est manifestement infléchi de 20° environ et c'est le seul cas d'aggravation partielle que nous ayons observé sur 180 malades traités.

#### LES INCIDENTS

Nous n'avons pas observé d'accidents véritables : pas de fractures de phalanges, pas de ruptures tendineuses, pas de déficiences de la main.

1 fois, un panaris a dû être incisé et a guéri en 8 jours.

5 fois, lors d'un arrachement, la peau s'est déchirée au niveau du pli de flexion métacarpo-phalangien. Il n'y a pas eu de suites. Les teguments se sont refermés en quelques jours.

10 fois, au point d'injection a persisté une fistulette, torpide, non douloureuse, laissant sourdre une sérosité pendant quelques jours (5 mois dans un cas). Dans tous les cas, elle est survenue à la suite d'une injection effectuée au niveau d'un pli de flexion, ce qu'il faut donc éviter. Si de nouvelles injections sont effectuées aux alentours, le liquide injecté reflue souvent par la fistulette. Ces fistules se sont comblées sans complication. Par précaution, nous avons appliqué une pommade antibiotique.

#### EN CONCLUSION

Le traitement médical de la maladie de Dupuytren par injections locales d'hydrocortisone donne des résultats certains. Pour être efficace, il doit être effectué régulièrement en injectant des doses importantes dans les nodules et cordes palmaires, et il doit être poursuivi avec patience pendant très longtemps. On doit associer, au cours du traitement des tractions violentes effectuées sur les phalanges infléchies afin de rompre les adhérences et cordes indurées. Le ramollissement des cordes obtenu

grâce à Fludrocortisone favorise le succès de ces tractions mécaniques.

Certes, on peut nous objecter que ce traitement est bien long, qu'il n'est pas parfait, qu'il est plus simple d'opérer] puisque des résultats chirurgicaux excellents sont obtenus plus rapidement. A quoi Ton peut répondre, que Ton n'est] jamais sur a priori de la qualité du résultat chirurgical] Combien de malades opérés présentent ensuite des troubles trophiques d'irritation bien plus invalidants que ]] gêne fonctionnelle antérieure. Un traitement par hydro\* cortisone correctement conduit nous semble en tout cas] devoir être effectué préalablement à toute décision chirur] gicale ; on réservera l'intervention aux malades qui] ne se contenteraient pas du résultat obtenu.

D'autre part Iselin considère comme contre-indication chirurgicale l'âge avancé (ne pas opérer au-dessus de 60 ans) et les troubles trophiques.

Nous avons traité 12 sujets de plus de 60 ans (l'un // 84 ans) tous atteints au troisième stade : quatre ont obtenu un résultat excellent, huit un résultat partiel //m] appréciable.

Nous avons traité 8 malades (troisième et quatrième? degré) qui présentaient des troubles trophiques avec aspect infiltré, œdématisé, macération des espaces interdigitaux et de la paume avoisinante. Ces troubles trophiques ont disparu d'eux-mêmes au fur et à mesure que le doigt se redressait.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de remarquer que 80 malades présentant une maladie de Dupuytren du premier degré ont vu leur atteinte partiellement regresser et été] tous stoppés. Ce fait est à souligner. Il nous semble que si Ton traite les malades à temps (au premier degré), on ne devrait plus observer à l'avenir les deuxième, troisième et quatrième degrés de cette maladie. C'est-à-dire que Ton ne devrait plus observer de forme invalidante.

## TRAITEMENT DES CEDEMES REFRACTAIRES CHEZ LES CARDIAQUES

par P. CHICHE

•pv ANS la grande majorité des insuffisances cardiaques \→ la mise en œuvre des digitaliques, du régime desodé, et l'utilisation de diurétiques actifs amène en quelques jours une fonte spectaculaire des œdèmes et ce traitement facile à manier conserve son efficacité même si son application comporte quelques imperfections.

Chez un certain nombre de malades cependant, cette thérapeutique classique reste sans effet. Non seulement le soulagement fonctionnel attendu n'apparaît pas, mais

les signes de rétention hydrosaline persistent, les œdèmes s'accroissent, le poids augmente. Les diurétiques mercuriels n'entraînent aucune élévation de la diurèse qui parfois même diminue progressivement.

Il s'agit là des œdèmes dits « réfractaires \* ou « rebelles » qui font l'objet des lignes qui suivent et] qui, bien que leur nombre soit relativement peu élevé^ (4 à 5 % des cas environ), n'en posent pas moins un problème clinique et thérapeutique urgent et d'uw] considérable intérêt.