


Johann Friedrich «Fritz» de Quervain (1868–1940) et la tenosynovite du poignet

Albert Mudry
Lausanne, Stanford

En 1894 Fritz de Quervain écrit: «*Wenn auch die chronischen Sehnscheidenentzündungen mit Recht immer mehr als tuberculös aufgefasst werden, so gibt es doch Formen, welche weder den klinischen Erscheinungen noch dem anatomischen Befunde nach der Tuberculose zugezählt werden dürfen. Als solche werden angeführt: die Tendovaginitis chronica sicca (als Analogon der Arthritis sicca), die Tendosynovitis proliferata urica, die seröse nicht tuberculöse Tendosynovitis [...] Die vorliegenden Beobachtungen entsprechen sämtlich einem Symptomenbild, das sich kurz folgendermassen charakterisieren lässt: Die Patienten empfinden bei Bewegungen des Daumens mehr oder weniger heftige, von der Handwurzelgegend nach dem Daumen und dem Vorderarm ausstrahlende Schmerzen, so dass sie einen ergriffenen Gegenstand oft nicht mehr halten können. Die Palpation ergibt entweder ein negatives Resultat, oder etwas Verdickung des dem distalen Radiusende aufliegenden Sehnscheidenfaches. Dasselbe ist in allen Fällen ausgesprochen druckempfindlich, viel weniger oder gar nicht dagegen die übrige Sehnscheide. Der Verlauf der Affection ist chronisch. Bezüglich der Aetiologie war entweder nichts zu erfahren, oder es handelte sich um einmalige oder wiederholte traumatische Schädigungen – denn als letzteres muss die Ueberanstrengung auch aufgefasst werden. Dass dieses Moment allein nicht genügt, ist wohl sicher anzunehmen. Worin aber die zur Entsehung der Affection noch erforderliche Disposition besteht, das wissen wir so wenig, wie wir überhaupt über die «rheumatische» Disposition orientiert sind. Dass die beschriebenen Störungen sich regelmässig auf die gleiche Sehnscheide localisirten, beruht gewiss auf anatomischen und physiologischen Verhältnissen und spricht in sofern auch wieder für die Bedeutung des Trauma in weitem Sinn für die Aetiologie [...] Ob man demnach die Affection als eine Entzündung, Tendovaginitis, oder mit einem nichts praejudicirenden Namen als Tenalgie bezeichnen will, ist gleichgültig» [1]. «Bien que les tenosynovites chroniques soient, à juste titre, et de plus en plus, considérées comme tuberculeuses, il y a pourtant des formes qui, ni selon le constat clinique, ni anatomique ne devraient être classées parmi les tuberculoses. Parmi ces formes il convient de citer: la «tendovaginitis chronica sicca» (analogue à l'«arthritis sicca»), la «tendosynovitis proliferata urica», la tenosynovite séreuse et non tuberculeuse [...] Les observations présentes correspondent toutes à une symptomatologie qui, en quelques mots, se caractérise comme suit: Les patients, lorsqu'ils remuent le pouce, éprouvent des douleurs plus ou moins fortes et irradiantes de la région du carpe dans le pouce et l'avant-bras, de sorte qu'ils*

ne sont souvent plus en mesure de tenir un objet à la main. La palpation donne soit un résultat négatif, soit quelque épaissement du compartiment du tendon reposant sur le bout du radius distal. Ce compartiment est, dans tous les cas, particulièrement sensible à la pression; par contre, le reste de la gaine tendineuse est beaucoup moins, voire pas du tout, sensible à la pression. L'évolution de cette affection est chronique. Quant à l'étiologie, soit il n'a pas été possible d'en savoir quelque chose, soit il s'agissait de lésions traumatiques uniques ou répétées – car il faut également considérer le surmenage comme une telle lésion traumatique. On peut cependant supposer de façon assez sûre que cet aspect à lui seul ne suffit pas. Par contre, nous ne disposons d'aucunes informations quelles qu'elles soient sur ce en quoi consiste la disposition nécessaire au développement d'une telle affection, au point que nous en savons aussi peu que sur la disposition «rhumatismale». Le fait que les troubles décrits soient régulièrement localisés sur la même gaine tendineuse, repose sans doute sur les conditions anatomiques et physiologiques, et, dans cette mesure, plaide une fois de plus en faveur de la portée du traumatisme, dans un sens plus large, pour l'étiologie [...] Donc, qu'on désigne l'affection comme inflammation ou comme tendovaginite ou même si on lui donne le nom en rien préjudiciable de ténalgie, ne fait aucune différence» [1].

Johann Friedrich «Fritz» de Quervain discute ensuite du traitement de la maladie et la nomme «tendovaginite chronique». Elle prend rapidement le nom de maladie de Quervain dite «des chirurgiens», mais aussi de ténosynovite ou tendinite de Quervain. Cette affection est caractérisée cliniquement par une douleur et une légère saillie localisées sous l'apophyse styloïde du radius, au niveau des tendons de long abducteur et court extenseur du pouce, dont les mouvements provoquent une crépitation et une exaspération de la douleur; anatomiquement par un épaissement circulaire cartilagineux au niveau du tunnel ostéofibreux de la gaine de ces tendons (fig. 1 .


Des difficultés à trouver un nom

Déjà en 1825, l'anatomiste et chirurgien français Alfred Armand Louis Marie Velpeau (1795–1867) décrit une lésion pouvant correspondre à celle décrite par Fritz de Quervain: «On voit se manifester, à l'occasion d'un effort, ou même sans cause connue, un gonflement, qui ne devient jamais très considérable [...] Ce gonflement s'accompagne de chaleur et de douleur qui ne sont pas

ordinairement bien vives, à moins que le malade ne cherche à remuer le pouce; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, si l'on embrasse la partie gonflée avec une main, et qu'avec l'autre on fasse mouvoir le pouce, on sent et on entend une crépitation très évidente» [2]. En 1837, Armand Velpeau ajoute: «une crépitation, un bruissement très évident. Cette maladie que je crois avoir indiquée le premier en 1825 [...]» En 1842, il discute son nom: «En la désignant sous le titre de crépitation douloureuse des coulisses fibro-synoviales, j'ai bien senti que c'était là une sorte de description plutôt qu'une dénomination. Si on l'appelait synovite, ou irritation des surfaces synoviales tendineuses, on tomberait dans un autre écueil, car il s'en faut de beaucoup que toutes les irritations des coulisses fibreuses soient accompagnées de crépitation [...] Il en serait de même du mot ténosite [...] Peut-être vaudrait-il mieux se servir d'un nom insignifiant, comme celui de aï, par exemple, employé par les paysans.» Armand Velpeau

lui donne finalement un nom en 1862: «Comme les cavités séreuses sous-cutanées, les cavités tendineuses sont souvent le siège de lésions; leur inflammation amenant une sécheresse donne la sensation d'un frottement dur, sorte de crépitation, d'où le nom de ténosite crépitante ou d'Aïe [...] la dénomination d'Aïe est surtout appliquée, parce que c'est au moment où le chirurgien saisit l'avant-bras malade, pour l'examiner que le sujet pousse un cri de surprise douloureuse» [3].

C'est durant la deuxième partie du XIX^e siècle, qu'une grande partie de la terminologie médicale des pathologies se met en place. Différents termes pouvant correspondre à la ténosynovite de Quervain se retrouvent dans les textes: en 1855, «ténosynite crépitante», en 1872 «tendovaginite crépitante», et en 1875 «tendovaginite chronique». En 1908, «ténosynovite» est attesté comme alternative à ténosynite pour définir l'«inflammation de la synoviale d'un tendon», tandis que le mot ténosite signifie l'«inflammation d'un tendon». En 2012, ténosynovite signifie une «inflammation simultanée d'un tendon et de la gaine synoviale qui l'entoure». Quant au terme de «tendovaginite», il n'est employé que pendant quelques années après la description de Fritz de Quervain.

En 1902, Fritz de Quervain décrit une autre maladie de Quervain, dite «des médecins», connue aussi sous les appellations de thyroïdite subaiguë de Quervain (fig. 2 ) , thyroïdite pseudo-tuberculeuse, thyroïdite granulomateuse, thyroïdite à cellules géantes, ou thyroïdite subaiguë non suppurative [4]. Il s'agit d'une tuméfaction du corps de la thyroïde, diffuse, modérée et d'aspect inflammatoire, souvent accompagnée au début de douleurs, de fièvre et de signes d'hyperthyroïdie. Elle évolue vers la guérison en quelques semaines ou quelques mois. Elle survient surtout chez la femme de 30 à 50 ans. Histologiquement c'est une thyroïdite nodulaire d'aspect pseudo-folliculaire. L'otorhinolaryngologiste danois Holger Mygind (1855–1928) décrit cette pathologie déjà en 1895 sous le nom de «thyroïdite aiguë simple». Fritz de Quervain différencie pathologiquement cette maladie des autres affections thyroïdiennes en discutant les étiologies possibles à savoir «toxique aiguë», par «intoxication», ou par «infection». La pathogénie de cette affection n'est pas très claire. Il est postulé qu'elle est induite par une infection virale chez des patients génétiquement prédisposés.

«Le diagnostic est le moyen le plus important d'arriver au but, mais n'est pas une fin en soi.»

Fils de pasteur et né à Sion en 1868, Johann Friedrich «Fritz» de Quervain étudie la médecine à Berne où il obtient son doctorat en 1892. Intéressé par la chirurgie, il devient l'assistant de Theodor Kocher (1841–1917) à Berne. En 1894, il s'installe à La Chaux-de-Fonds, ouvre une clinique privée avec le médecin généraliste Donat-Eugène Bourquin-Lindt (1857–1919) et l'oculiste Théodore de Speyr (1868–1918) en 1897. La même année, il devient chef du service de chirurgie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds où il reste jusqu'en 1910 [5]. En

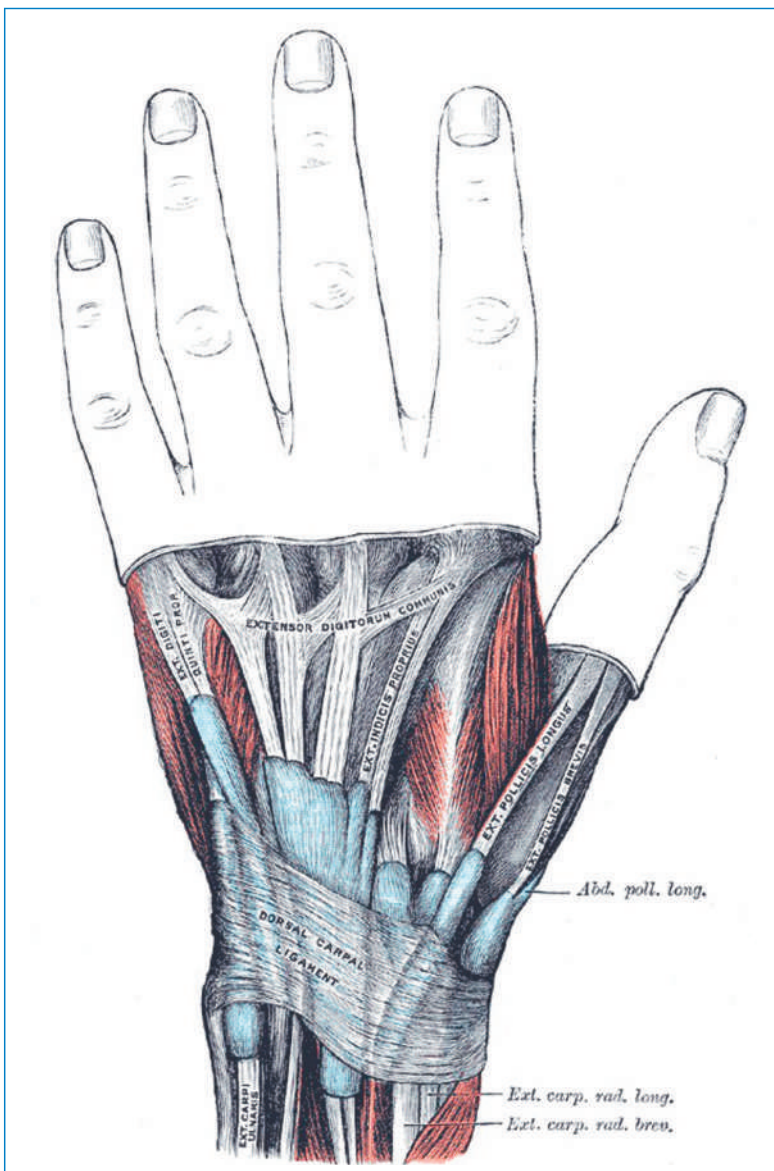


Figure 1
Gaines tendineuses des tendons extenseurs de la main. Source: Gray, Henry. Anatomy of the Human Body. Philadelphia: Lea & Febiger, 1918; Bartleby.com, 2000.

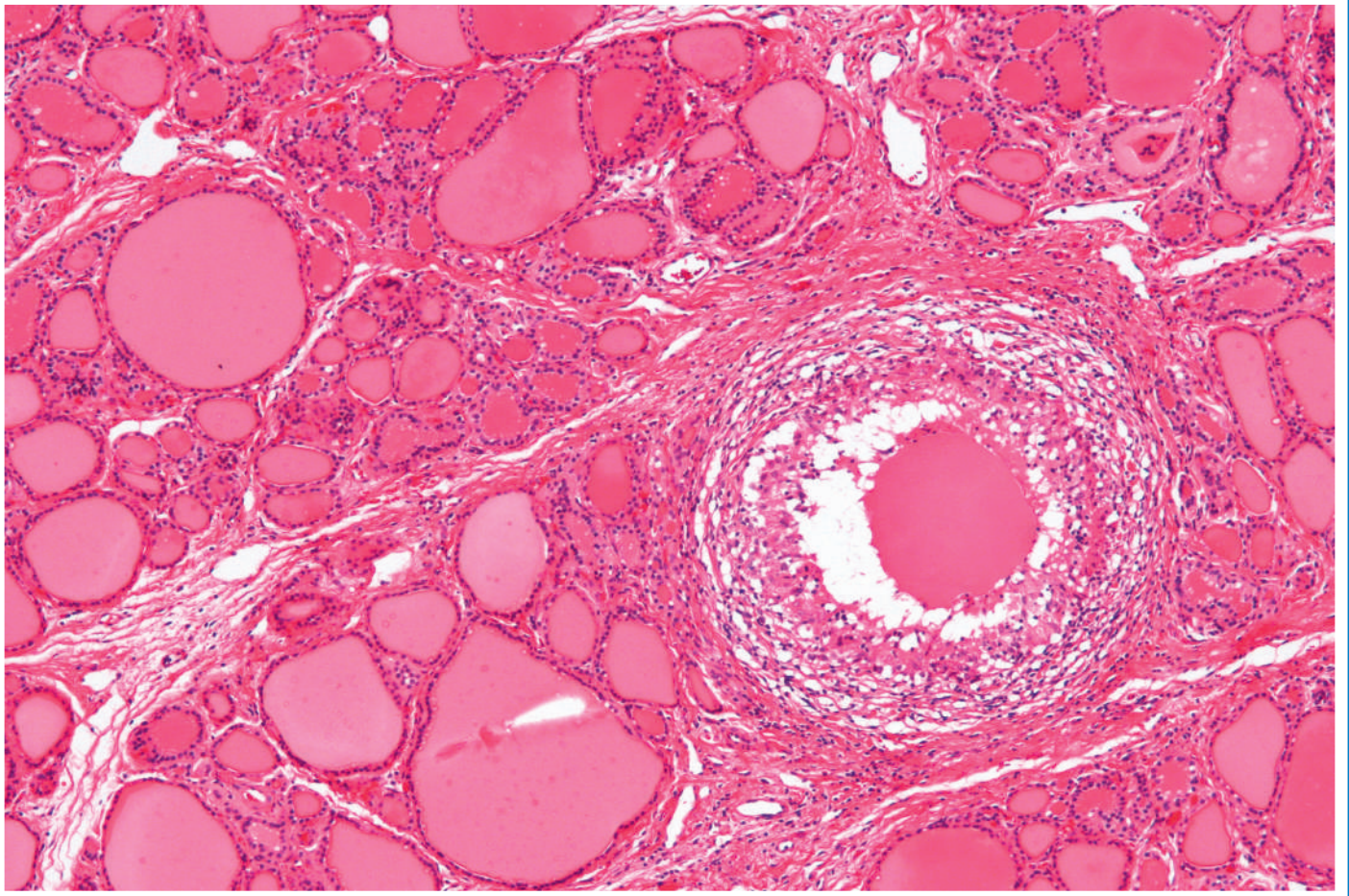


Figure 2
Thyroidite subaiguë granulomateuse. Source: nephron, Wikimedia Commons.

1901, il est reçu privat-docent à l'Université de Berne. En 1907, il publie la première édition [6] de son ouvrage de chirurgie sous le titre de *Spezielle chirurgische Diagnostik für Studierende und Aerzte*, suivie de neuf autres éditions (la 10^e en 1950) et traductions en français, italien, anglais, espagnol et russe. Ce livre, dédié à son maître Theodor Kocher, devient un best-seller auprès des étudiants. Il est basé sur le principe que «le diagnostic est le moyen le plus important d'arriver au but, mais n'est pas une fin en soi.» (*Die Diagnose ist das wichtigste Mittel zum Zweck, aber nicht Selbstzweck.*)

En 1910, il devient professeur de chirurgie à l'Université de Bâle, avant de revenir à Berne pour remplacer Theodor Kocher en 1918. Il y reste jusqu'en 1938. En 1924, il publie un livre sur le goitre. Comme le sous-titre l'indique, cet ouvrage est, en réalité, une étude complète de la pathologie et de la thérapeutique des affections de la glande thyroïde. Fritz de Quervain s'intéresse particulièrement à la prophylaxie du goitre et sa relation avec la carence en iode. Pour son soixantième anniversaire, ses élèves et amis lui consacrent un livre jubilaire [7]. Il meurt d'une thrombose de la veine porte en 1940 et a droit à une petite nécrologie dans *Nature*.

Correspondance:

Prof. Albert Mudry
Docteur en Médecine, Docteur ès Lettres
Spécialiste FMH en ORL, Spécialiste chirurgie de l'oreille
OHNS Stanford University School of Medicine
Av. de la Gare 6
CH-1003 Lausanne
[albert\[at\]oreillemudry.ch](mailto:albert[at]oreillemudry.ch)

Références

- 1 De Quervain F. Ueber ein Form von chronischer Tendovaginitis. *Corr Bl Schweiz Aerzte*. 1895;25:389-94, p. 392.
- 2 Velpeau A. *Traité d'anatomie chirurgicale*. Vol. I. Paris: Crevot; 1825, p. 406.
- 3 Dechambre A. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Vol. X. Paris: Masson; 1869, p. 391.
- 4 De Quervain F. Ueber acute, nicht eiterige Thyreoiditis. *Arch Klin Chir*. 1902;67:706-14.
- 5 Tröhler U. *Der Schweizer Chirurg J.F. de Quervain (1868-1940)*. Aarau: Sauerländer; 1973.
- 6 De Quervain, F. *Spezielle Chirurgische Diagnostik für Studierende und Ärzte*, Leipzig, F.C.W. Vogel, 1907.
- 7 *Festschrift Herrn Prof. De Quervain gewidmet von seinen Schülern und Freunden*. Bâle: Schwabe; 1928.