

Quelques observations d'hydropisie des gâines tendineuses dans la syphilis secondaire : thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le 22 janvier 1872 / par Charles Roch.

Contributors

Roch, Charles.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : A. Parent, impr, 1872.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/drn42jhk>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

308
4
11
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 37

11.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 janvier 1872,

PAR CHARLES ROCH,

Né à Paris,

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE STRASBOURG,
MÉDECIN STAGIAIRE AU VAL-DE-GRACE.



QUELQUES OBSERVATIONS D'HYDROPIE

DES GAINES TENDINEUSES

DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

34, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 34

1872

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. M.M.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	N....
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	CHAUFFARD.
Pathologie médicale.	AXENFELD.
	HARDY.
Pathologie chirurgicale.	DOLBEAU.
	VERNEUIL.
Anatomie pathologique.	VULPIAN.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	DENONVILLIERS.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	GUBLER.
Hygiène.	BOUGHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	DAREMBERG.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD.
	Chargé de cours.
	BOUILLAUD.
Clinique médicale.	SÉE (G.).
	LASEGUE.
	BÉHIER.
Clinique chirurgicale.	LAUGIER.
	GOSSELIN.
	BROCA.
Clinique d'accouchements.	RICHET.
	DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. GARIEL.	MM. PAUL.
BALL.	DUBRUEIL.	GUENIOT.	PÉRIER.
BLACHEZ.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOCQUILLON.	GRIMAUX.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LE DENTU.	PROUST.
BROUARDEL.	ISAMBERT.	OLLIVIER.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N.
— de l'ophtalmologie	TRELAT.
travaux anatomiques.	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. VERNEUIL, président : AXENFELD, CRUVEILHIER, OLLIVIER.

M. LE FILLEUL, Secrétaire.

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS.

A MES MAITRES

A LA MÉMOIRE

DU PROFESSEUR KÜSS

DERNIER MAIRE DE STRASBOURG.

A MES MAITRES.

QUELQUES OBSERVATIONS D'HYDROPIE

DES

GAINES TENDINEUSES

DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE

INTRODUCTION.

En lisant, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 25 septembre 1868, la lettre de M. le professeur Verneuil sur l'*hydroisie des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire*, notre attention fut captivée par les faits intéressants et les conclusions pratiques qui en ressortaient.

De son côté, M. le professeur agrégé Fournier avait aussi recueilli des observations analogues, et peu de temps après publiait une note dans le même sens et sous un titre un peu plus général : *Sur les lésions des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire*. Il y poursuivait et développait la même idée, proposait une classification rationnelle, et admettait franchement, avec preuves à l'appui, la nature syphilitique de ces lésions. C'était donner une explication à des phénomènes cliniques jusqu'alors contestés ou méconnus.

Le sujet était nouveau ; nos auteurs classiques sont muets et nos

souvenirs ne nous rappelaient rien sur cette question ; nous entreprîmes alors quelques recherches sur ce curieux accident de la période secondaire et nous fûmes assez heureux pour en réunir un certain nombre de cas inédits. Nous en publions les observations aussi complètes que possible, et nous les faisons suivre des considérations qu'elles nous ont suggérées. Comme nos maîtres, et guidé par leurs travaux, nous reconnaissons la spécificité de l'affection qui nous occupe, et, notre inexpérience s'appuyant sur leur autorité scientifique, nous soumettons aujourd'hui le résultat de nos efforts à la bienveillance de nos juges.

CHAPITRE I.

OBSERVATION I.

syphilis secondaire. — Accidents nombreux. — Hydropisie double, non inflammatoire de la gaine tendineuse de l'extenseur du petit doigt.

(A.) — L. C..., âgée de 23 ans, blanchisseuse, entre une première fois à Lourcine, salle Saint-Jean, lit n° 1, le 11 juillet 1871.

Ses règles se sont établies sans difficulté à 13 ans et demi et depuis se montrent assez régulièrement deux fois par mois. Elles sont annoncées par une fatigue générale et des flueurs blanches, sont rares, claires, et ne durent qu'un jour. Pas d'enfants ni de fausses couches. Interrogée avec soin sur ses antécédents, elle affirme n'avoir jamais eu de maladie sérieuse ni de rhumatismes. Elle vient à l'hôpital, se plaignant surtout de mal à la gorge depuis quelques jours. Pas d'autres renseignements.

A l'examen, plaques ulcératives sur les piliers et à la base de la luette qui est très-longue. Rien sur le corps, sauf quelques boutons aux fesses ; pas de ganglions cervicaux, pas d'alopecie, mais pléiade

inguinale accentuée, surtout à droite. Sur les deux grandes lèvres, syphilides papuleuses, syphilides érosives sur les petites, syphilides papulo-ulcéreuses à la marge et autour de l'anus; rien au col, rien au vagin; écoulement leucorrhéique assez abondant.

Diagnostic. — Syphilis secondaire avec manifestations multiples et polymorphes sus-indiquées.

Traitement général et local tonique et antispécifique.

18 juillet. Insomnie, perte d'appétit, pas de troubles de la sensibilité, pas de maux de tête.

Le 23. Se plaint de douleurs périombilicales.

3 août. Diarrhée, vomissements. — Ipéca.

Le 5. Veut sortir, sort non guérie.

(B.) — L. C... rentre à Lourcine le 19 septembre 1871, salle Saint-Clément, lit n° 19.

Son état s'est empiré du jour même de sa sortie. Les grandes lèvres s'enflèrent bientôt et devinrent pendantes. La malade se rendit à l'hôpital Saint-Louis, où on la cautérisa. Elle n'éprouva de douleurs ni dans la tête ni dans les membres, ne perdit pas un seul de ses cheveux, mais elle souffrait beaucoup de la gorge. Rien aux ganglions cervicaux, apyrexie complète, peu d'appétit; n'a pris aucun remède depuis sa sortie jusqu'à sa rentrée.

A l'examen, nous trouvons dans la gorge plusieurs plaques opalines aux piliers et au voile du palais; la grande lèvre gauche est très-volumineuse, oedématiée; son bord présente inférieurement une traînée de syphilides papuleuses humides. La grande lèvre droite offre deux plaques de syphilides papulo-hypertrophiques, ainsi que les petites lèvres. Au niveau du périnée, entre la vulve et l'anus, on voit sur la fesse gauche une très-grosse syphilide papulo-hypertrophique, et sur la fesse droite une autre correspondante, mais plus petite. Pas de taches sur le corps; les ganglions du pli de l'aîne sont

engorgés des deux côtés. La sensibilité paraît obtuse; la malade se plaint en outre de ne pouvoir uriner, à cause de la souffrance qu'elle éprouve.

Le 20. On ne constate rien au col de l'utérus ni au vagin. La miction, de moins en moins pénible, se rétablit bientôt avec le temps et es bains.

La malade se plaint de *fatigue* dans les deux mains depuis deux ou trois jours. En effet, il s'est produit presque subitement à la face dorsale du carpe, à la main gauche d'abord, à la main droite ensuite, *une tuméfaction bien limitée, de la forme et du volume d'une forte amande*, à grosse extrémité tournée vers les doigts. Elle commence au niveau du bord inférieur du ligament annulaire postérieur du carpe et se termine à la tête du cinquième métacarpien, obliquement dirigée en bas et en dedans, sur une ligne qui irait du milieu de l'articulation radio-carpienne à la racine du petit doigt. Elle offre une longueur de 0^m,04 sur une largeur un peu moindre de 0^m,02. Elle est indolente, même à la pression, immobile, sans adhérence à la peau qui glisse sur elle avec sa coloration normale; de plus, elle est nettement fluctuante. Notons en passant que la malade, atteinte de diarrhée, a dû suspendre son traitement interne depuis quelque temps.

Fait important à signaler, les deux tumeurs ont exactement le même volume, la même configuration, et une symétrie parfaite de rapports anatomiques. Les mouvements sont affaiblis, mais non gênés; la malade éprouve de l'engourdissement et non de la douleur.

La fluctuation, les caractères énoncés de ces tumeurs, l'absence de douleur et de rougeur, nous font diagnostiquer un épanchement non inflammatoire de la région carpo-métacarpienne postérieure. D'autre part, les rapports et la direction de chacune des tumeurs les font naturellement localiser dans la gaine tendineuse de l'extenseur propre du petit doigt, et peut-être dans la partie correspondante

de celle de l'extenseur commun qui, comme l'on sait, descend obliquement beaucoup plus bas vers les doigts en dedans qu'en dehors (1).

Diagnostic. — Synovite spécifique avec hydropisie simple dans la gaine tendineuse des muscles extenseurs des doigts à la région métacarpo-carpienne des deux mains.

21 septembre. Eruption de syphilides erythémateuses sur le corps ; pas d'adénopathie cervicale, facies très-coloré, rythme et bruits du cœur normaux.

Au dire de la malade, fièvre légère vers le soir. Analgésie très-accentuée aux membres supérieurs, à la face, à la jambe gauche, à la cuisse gauche, à l'abdomen, aux seins.

Le 23. Les tumeurs du dos du carpe semblent diminuer. Celle de gauche est flasque, toujours fluctuante ; celle de droite reste un peu plus tendue.

Le 27. Chacune des tumeurs métacarpo-carpiennes s'affaisse de plus en plus, surtout à gauche, où elle est presque effacée. A droite, il paraît s'être développé un peu de subinflammation, la sensibilité est augmentée et la malade se plaint de souffrir quand on comprime au niveau du troisième métacarpien. Il n'y a pas de rougeur des téguments qui glissent toujours sur la tuméfaction.

D'après ces signes, l'hydropisie, de simple, paraît être devenue légèrement inflammatoire, et on diagnostique pour la main droite une *synovite subaiguë* de la bourse séreuse.

On prescrit simplement un liniment chloroformé et on continue le traitement général.

Le 28. La saillie a disparu à gauche ; celle de droite diminue sensiblement, c'est à peine si la malade accuse encore quelque douleur à la pression.

(1) Beurmis et Bouchard. Traité d'anatomie descriptive.

1872. — Roch.

Le 29. L'amélioration continue.

Le 30. Plus de tuméfaction ni de douleur, ni à l'une, ni à l'autre main. La malade est donc guérie de cette complication, dont l'évolution a été de treize à quatorze jours.

5 octobre. Sous l'influence d'un traitement rationnel et soutenu, la malade est presque guérie de tous ses accidents syphilitiques. Il ne reste plus que quelques taches maculeuses sur les cuisses. Autour de l'anus, quelques papules hypertrophiques persistent sous forme sèche; l'une d'elles est encore de la grosseur d'une noisette environ. Les fonctions digestives, un instant troublées, se sont rétablies avec le régime et les reconstituants.

La malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION II.

Syphilis secondaire. — Iritis. — Synovite simple aux deux mains avec épanchement dans la bourse séreuse des tendons extenseurs des doigts.

La nommée E.... J., âgée de 17 ans, couturière, entre le 3 octobre 1871 à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément, lit n° 2.

Réglée à 12 ans, très-régulièrement, quelques fleurs blanches intermittentes, teint pâle, blonde, tempérament lymphatique, pas de grossesse ni d'antécédents vénériens. Rien au cœur, pas de douleurs dans les membres, et surtout n'a jamais eu de rhumatismes. Les cheveux tombent un peu depuis quinze jours, pas de taches sur le corps, mais la sensibilité paraît légèrement diminuée sur les seins.

Elle raconte avoir eu, il y a un mois, aux parties génitales, un bouton auquel succéda une ulcération profonde, douloureuse, pendant les rapports sexuels. D'autres boutons se montrèrent bientôt sur les grandes lèvres, et depuis trois ou quatre jours elle souffre en urinant.

A l'examen, on constate à la fourchette une ulcération dont les bords sont taillés à pic; sur la grande lèvre droite, une papule humide; autour de l'anus, de larges plaques érosives. Pléiade ganglion-

naire très-accentuée. En comprimant le canal de l'urèthre d'arrière en avant, contre la symphyse pubienne, on fait sourdre une gouttelette de pus; la malade dit tacher son linge depuis une semaine. Elle n'a fait aucun traitement.

Elle n'avait jamais eu mal aux yeux, lorsqu'il y a huit jours elle éprouva des douleurs orbitaires très-vives, surtout la nuit. Aujourd'hui, la douleur n'existe plus et il n'y a ni photophobie, ni larmoieusement. Nous trouvons aux deux yeux la conjonctive oculaire rosée, la conjonctive palpébrale saine; l'iris et la cornée sont normaux. L'aspect de l'œil est un peu plus humide que d'ordinaire; la vue n'est pas troublée. Pas de traitement jusqu'ici, sauf quelques lotions à l'eau de sureau.

L'œil droit a été affecté le premier, l'œil gauche deux ou trois jours après.

4 octobre. A un deuxième examen plus complet, nous constatons que l'injection oculaire qui s'est aggravée, siège plus spécialement au voisinage de la cornée, entourée d'une zone rosée de 3 millimètres environ.

A la vulve, herpès typique, disséminé sur le périnée et autour de l'anus. L'ulcération de la fourchette constitue une plaie unique et anfractueuse par fusion probable d'érosions voisines superficielles; blanchâtres en quelques points, rosées, grises ou lardacées en d'autres (herpès chancriforme).

La lésion la plus instructive à interpréter est cette papule assez volumineuse de la grande lèvre droite, surmontée d'une petite érosion et comme indurée. Elle ressemble tout à fait à un tubercule syphilitique, et dans cette hypothèse, la papule de la grande lèvre droite a probablement été le chancre initial.

Il existe aussi dans les plis de l'anus une érosion chancriforme.

Il sort de l'urèthre trois grosses gouttes purulentes et verdâtres.

Le col est sain, un peu rouge; le vagin un peu plus coloré qu'à l'état normal; néanmoins nous hésitons encore à admettre l'existence d'une vaginite.

Quelques petites macules commençantes sur l'abdomen et le haut des cuisses. Psoriasis palmaire, forme superficielle, assez confluyente.

Diagnostic. — Syphilis, uréthrite purulente, ophthalmie sympathique?

Traitement. — Sirop d'iodure de fer, eau de guimauve en lotions et en injections, bols de cubèbe.

Le 5. Dès hier nous avons constaté que la pupille gauche présente une déformation très-notable, qu'elle est même très-irrégulière. Il en est de même de la droite, mais à un bien moindre degré.

Diminution de la sensibilité sur les mains et les seins; souffle cardiaque doux au premier temps et à la base, rien aux carotides. La malade dit avoir maigri et pâli depuis quelque temps.

Dans les jours qui suivent, l'œil droit, le premier malade, se guérit complètement; le gauche au contraire ne fait qu'empirer, la vascularisation augmente.

Le 12. L'uréthrite s'amende, le vagin est bien moins rouge et offre un écoulement catarrhal, lactescent.

Le 13. L'œil gauche est plus rouge encore; légère photophobie, la vision n'est pas altérée.

Le 16. Le vagin, l'urèthre et le col utérin redeviennent normaux et sans écoulement; nouvelle papule sur la grande lèvre.

Le 17. L'œil gauche est très-enflammé, nous croyons voir une déformation pupillaire nouvelle. De plus l'injection péricornéale a notablement augmenté. (Iritis syphilitique. Collyre d'atropine.)

Le 18. Même état. Une pilule de proto-iodure, collyre au sulfate de zinc.

Le 20. Depuis hier la malade accuse de l'*engourdissement* et de la *gêne* dans le poignet droit. Elle n'est exposée à aucun refroidissement, ni à aucune violence, et nous distinguons très-nettement à la région sus-carpienne une petite tumeur arrondie et allongée comme une amande, survenue spontanément. La fluctuation est très-manifeste, la longueur est de 3 centimètres, la largeur de 1 1/2 à 2 centimètres.

La tuméfaction est légèrement douloureuse, soit à la pression, soit dans les mouvements de préhension qui sont les plus gênés ; on ne perçoit pas de crépitation tendineuse. La peau libre de toute adhérence conserve son aspect normal.

A la main gauche, même lésion, mais moins accusée. D'après leur siège et leur rapport, on diagnostique une *synovite double avec hydropisie de la gaine tendineuse des extenseurs des doigts*. Elles ont absolument la même forme, le même aspect et la même situation des deux côtés. Leur grand axe est obliquement dirigé de l'apophyse styloïde du radius au milieu du cinquième métacarpien. La pointe de l'amande dirigée en haut est un peu effilée.

On prescrit un enroulement avec de la ouate et on poursuit le traitement interne mercuriel.

Le 22. L'œil gauche va mieux, *status quo* pour les hygromas ; aucun signe d'inflammation à leur niveau.

Le 23. Les deux synovites persistent, celle de droite est plus développée que celle de gauche, qui semble commencer à se résorber. — Pommade belladonnée.

Le 26. Les hygromas tendineux de la face dorsale des mains sont très-affaîssés et les mouvements sont beaucoup moins gênés.

Le 27. L'œil va de mieux en mieux et n'offre presque plus de conjonctivite.

Le 30. Les hydropisies ont complètement disparu, et les mouvements sont entièrement rétablis.

6 novembre. La malade sort de l'hôpital, guérie de tous ses accidents. Il ne lui reste qu'un état floconneux du contour pupillaire gauche, mais la vision est normale.

OBSERVATION III.

Syphilis secondaire. — Manifestations multiples. — Hygroma double des tendons des extenseurs des doigts, simple à gauche, subaiguë à droite.

D... S..., âgée de 65 ans, couturière, entre à Lourcine, salle Saint-Clément, lit n° 25, le 19 septembre 1871.

Constitution bonne, malgré un amaigrissement déclaré récent ; six enfants nés bien portants ; aucun antécédent goutteux rhumatismal ou professionnel. Il y a deux mois et demi, la malade vit des boutons se former entre l'anus et la vulve ; à ces boutons succédèrent des plaques qui suintaient et causaient une très-vive démangeaison.

Elle avoue qu'il y a un an, elle eut un prurit très-incommode aux grandes lèvres ; il lui vint des boutons qu'elle déchira et qui finirent par disparaître sans laisser de traces. Le retour de ces démangeaisons et l'apparition de nouveaux accidents l'amènèrent à l'hôpital.

Au début probable de la maladie (un an), elle éprouva de très-vives douleurs dans la gorge. Céphalalgie intense pendant deux mois, qui a cessé depuis et que remplace aujourd'hui, surtout le soir, une sensation de barre dans la tête. Jamais de vomissements ni d'étourdissements. Bon appétit, excepté au début de l'affection ; pas de palpitations. Le soir elle a souvent de la fièvre.

Depuis trois mois, son corps est couvert de taches érythémateuses (roséole). En même temps que leur apparition, se déclarèrent de vives douleurs, d'abord dans les muscles, surtout au cou et à la poitrine, puis dans les os à la pression. Leur intensité était plus grande le soir. Elles ont cessé depuis trois semaines. Peu après, les genoux devinrent raides et douloureux ; la malade ne pouvait se lever quand elle était baissée. Les articulations tibio-tarsiennes offrirent aussi les mêmes phénomènes ; aujourd'hui ils ont complètement disparu, et nous avons noté avec soin, dans les renseignements, l'absence de tout antécédent suspect. D'ailleurs, la date probable de l'invasion de la syphilis, la marche de ces douleurs, édifient sur leur nature.

Les cheveux, au moment où la céphalalgie était intense, sont tombés en très grande quantité ; ni les cils ni les sourcils n'ont été atteints.

A l'entrée, la sensibilité est intacte ; les extrémités sont chaudes. Son corps présente, sur toute sa surface, une roséole intense qui, au dire de la malade, apparaît pour la seconde fois.

Rougeur très-vive des amygdales tuméfiées et offrant des plaques opalines. Les piliers, le pharynx, paraissent très-enflammés ; déglutition des plus pénibles avec sensation de déchirement. Pas de myosalgie ; mais sur le tibia gauche, quelques inégalités très-douloureuses (périostose) au palper et la nuit.

Les ganglions cervicaux, inguinaux, axillaires et épitrochléens sont volumineux et indurés.

On trouve des syphilides érosives et humides sous les seins, sur les grandes et les petites lèvres, sur le périnée. Quelques papules périanales et polymorphes du cuir chevelu (acnéiformes et croûteuses).

Le col et le vagin sont sains.

19 septembre. L'accident qui doit être examiné avec le plus d'attention, au point de vue qui nous occupe, est une petite saillie que l'on trouve à la face dorsale de la main gauche. Un peu plus grosse qu'une amande, elle donne une fluctuation évidente. La malade s'est aperçue de sa formation il y a trois semaines ; elle ressentait une légère douleur au niveau du troisième métacarpien. La tumeur s'est formée spontanément, progressivement, sans réaction inflammatoire apparente. Actuellement, elle se dirige obliquement du centre de la région métacarpo-carpienne vers la tête du cinquième métacarpien.

A la main droite, même région, seconde tumeur avec sensibilité vive, à la tête du troisième métacarpien. La tuméfaction, à ce niveau, siège principalement entre la tête du deuxième et du troisième métacarpien, sur le trajet des tendons de l'extenseur commun et propre de l'index (1), dont les mouvements, sans crépitation aucune, sont limités et très-affaiblis. Son volume est à peu près le même qu'à la main gauche ; sa forme est légèrement modifiée par un empâtement

(1) Cruveilhier. Sappey, *Traité d'anatomie descriptive*.

du tissu cellulaire voisin. Téguments tendus, lisses, avec suffusion rosée.

Diagnostic. — Synovite aux deux mains, avec épanchement dans la bourse séreuse des tendons extenseurs, simple à gauche, subaiguë à droite.

Traitement général. — Pommade camphrée.

Le 29. Jusqu'à ce jour, peu de modification des deux synovites. Aujourd'hui, les syphilides s'effacent, les pustules s'affaissent, et la tête est moins pesante; l'hygroma de la main droite se montre d'une sensibilité moindre.

4 octobre. L'épanchement tendineux droit s'est affaissé progressivement depuis quelques jours; c'est à peine s'il est appréciable aujourd'hui et la pression n'y réveille plus aucune douleur, contrairement à ce qui existait au début. Remarquons ici que l'on a dans les mouvements la sensation d'une crépitation très-fine, ou plutôt d'un frôlement, dû sans doute au glissement des surfaces séreuses dépolies, une fois l'épanchement à peu près résorbé. Cependant, la fluctuation est encore sensible, quand on embrasse à pleine main la face dorsale du carpe, à la base de la tumeur, la tête de celle-ci devenant plus arrondie et plus fluctuante.

A la main gauche, la tuméfaction, sans avoir manifesté autant de réaction, a beaucoup diminué et offre, moins le frottement, les phénomènes signalés à la main droite.

Le 6. L'hydropisie droite a complètement disparu ainsi que le frôlement. La gauche est maintenant à peine perceptible.

Le 9. La tuméfaction de la main gauche a fini par disparaître à son tour.

Les mouvements des doigts sont absolument rétablis. En général, ils ont été plutôt gênés que douloureux, surtout à gauche et dans la flexion. L'extension était aussi affaiblie. Les mouvements de force étaient impossibles; par exemple la préhension.

La douleur pour la main gauche ne se sentait exclusivement qu'à la pression; pour la droite, l'inflammation de la gaine fit naître des douleurs spontanées assez vives, s'exagérant au point de faire crier la malade, quand on comprimait ou qu'on provoquait des mouvements.

L'articulation radio-carpienne resta libre et normale.

Dans le courant du mois, la malade est ensuite atteinte d'un érysipèle qui envahit successivement la face, le cou, la nuque et la région dorsale supérieure. Il se termine sans complications.

Le 31. La malade sort de l'hôpital avec le libre exercice de ses mains et ne conservant sur le corps que les vestiges de ses nombreuses syphilides. Plus rien à la gorge.

OBSERVATION IV.

Syphilis secondaire. — Hydropisie tendineuse simple de la main droite.

A... M..., âgé de 34 ans, domestique, entre le 1^{er} septembre 1868, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément, lit n° 33.

Elle se présente pour une éruption périnéale datant d'une semaine environ. Dans ses antécédents elle affirme n'avoir jamais eu de rhumatismes ni de maladie vénérienne. Constitution bonne.

Accouchement normal, il y a deux ans, d'un enfant qui ne vécut que quelques semaines. Règles assez régulières; les dernières il y a huit jours.

Elle fit, trois mois avant son entrée, une maladie aiguë avec éruption de boutons sur le corps. Au bout d'une vingtaine de jours, cette affection guérie laissa sur la peau des macules brunâtres, qui paraissent devoir se rattacher à une varioloïde.

Elle se plaint en outre d'avoir des grosseurs à l'anus depuis deux mois. Interrogée, elle répond qu'elles ne sont jamais fluentes. Pendant les grandes chaleurs elle faisait chaque jour deux heures de marche à pied, à laquelle elle attribue l'éruption du périnée.

Etat actuel. — Toute la région périnéale est un peu humide et

comme couverte de papules de grosseur variable et réunies par groupes. Leur aspect fait considérer comme trop récente la date que la malade fixe à leur invasion. En effet, l'épiderme de ces papules est desquamé en cercle formant un liseré blanchâtre, qui laisse à nu et circonscrit des espaces d'une grandeur variée et d'une coloration rouge cuivrée rappelant celle de la viande de jambon. A ces signes, joints à ceux que fournit la suite de l'examen, on diagnostique un intertrigo lichénoïde suspect.

L'entrée du vagin et le canal de l'urèthre sont sains. Au spéculum on constate que le col a son volume ordinaire, mais que sur sa lèvre postérieure existe une ulcération arrondie, à bords bien tranchés, large comme une pièce de 50 centimes. Pléiade bi-inguinale très-accusée.

A l'anus, bourrelet saillant offrant des fissures humides à sa base, l'examen en est difficile à cause de la sensibilité des surfaces.

Sur le corps et les membres, nombreuses taches brunes et petites, n'offrant pas de caractère nettement spécifique, et que l'on croit être les vestiges d'un exanthème variolique.

Adénopathie cervicale postérieure bien prononcée; rien à la gorge. Commencement d'alopecie suspecte; croûtes acnéiformes à la partie supérieure de la nuque.

De plus, la malade dit avoir maigri considérablement et se plaint de manquer d'appétit.

3 septembre. Arthralgie très-vive dans les genoux, datant de quelques jours, mais qui s'est accrue depuis hier; malgré une exploration minutieuse, rien d'apparent.

Sur le corps, quelques macules récentes à l'abdomen et qui cette fois peuvent être prises à bon droit pour des taches érythémateuses de roséole.

Le 4. Se plaint depuis hier de *raideur* dans la main droite et de gêne dans les mouvements; elle ne peut serrer fort les objets qu'on lui présente. On trouve une légère tuméfaction dépressible au niveau

du troisième métacarpien gauche, ce qui nous fait immédiatement songer à une synovite tendineuse des extenseurs. Notre soupçon se trouve confirmé par une légère douleur qu'éveille la pression en cet endroit, par les manifestations concomitantes, la fluctuation et la marche de l'hydropisie.

Le 5. Même état. La malade se plaint de douleurs dans l'articulation du coude gauche; rien à l'exploration; rien de particulier au muscle ni au tendon du biceps.

Le 9. L'hygroma sus-carpien commence à diminuer et les mouvements à se rétablir, sans traitement local et sous l'influence de la médication antispécifique, à laquelle la malade est soumise depuis son arrivée.

Le 15. Elle sort de l'hôpital sur sa demande; l'éruption lichénoïde du périnée n'est pas guérie, mais améliorée, car il reste encore plusieurs érosions, notamment à la marge de l'anus.

L'aspect et les fonctions de la main gauche sont absolument revenus à l'état normal.

OBSERVATION V.

Syphilis. — Symptômes multiples. — Synovite de la la patte d'oie et du tendon du biceps brachial.

Cl... R..., âgée de 24 ans, couturière, entre à Lourcine le 16 mars 1869, salle Saint-Clément, lit n° 34, pour une syphilis datant de huit mois.

Constitution assez bonne, jamais de douleurs rhumatismales.

Elle est entrée dans le service de M. Després, en décembre 1868, où elle est restée jusqu'au milieu de février et où elle a été traitée sous le diagnostic de plaques muqueuses, que nous trouvons sur le cahier de visite.

Etat actuel. Les deux grandes lèvres sont volumineuses; sur la moitié supérieure de la face muqueuse de la grande lèvre droite,

une syphilide ulcéreuse à base très-dure ; quelques papules humides dans les plis génito-cruraux, au cou, à la nuque, et à la marge de l'anus. A l'entrée du vagin, ulcération à la base indurée, assez creuse et entamant le derme ; les bords sont très-saillants et taillés à pic.

Sur le corps, rougeurs érythémateuses (roséole) assez confluentes, mais très-faiblement accusées ou plutôt d'une teinte remarquablement pâle.

19 mars. Douleur en ceinture descendant latéralement sur la cuisse.

Le 22. Fièvre le soir, céphalalgie, pieds froids.

Le 23. A la nuque, plusieurs petites papules squameuses bien spécifiques, couleur café au lait (syphilides pigmentaires). La malade affirme les avoir depuis peu de temps et ne s'en était pas encore aperçue.

Céphalalgie continue avec exacerbation nocturne ; peu de sommeil, douleurs dans les jambes.

Le 24. Céphalalgie, douleur épigastrique continue, ainsi que dans la jambe droite ; peu d'appétit depuis quelques jours.

Le soir, adénopathie cervicale double ; un ganglion de chaque côté, derrière la branche montante du maxillaire inférieur et du volume d'une noisette, douloureux dans les mouvements. La malade s'en plaint pour la première fois et ne le soupçonnait pas jusque-là.

Fièvre, céphalalgie intense. On commence le traitement spécifique.

Le 25. Douleurs vives dans les jambes ; reste au lit et ne peut se tenir debout sans vertige. La roséole, certaine aujourd'hui, est devenue beaucoup plus foncée. Sensibilité très-obtuse aux doigts, surtout pour la douleur. Cette analgésie s'étend au visage, aux fosses nasales, aux membres inférieurs. Rien dans les anamnétiques pour expliquer ces troubles nerveux, qui ne peuvent être dus à l'anémie dans le cas particulier.

Le 26. Fièvre qui paraît décidément revêtir le type intermittent. La malade n'a pas habité d'endroit marécageux.

Douleur très-vive dans le jarret gauche, avec exacerbation, quand on comprime au niveau de l'insertion du tendon terminal moyen du demi-membraneux. La profondeur des parties nous empêche de rechercher avec certitude s'il y a ou non tuméfaction et épanchement dans la synoviale. L'articulation du genou est parfaitement intacte dans ses mouvements et dans sa forme. En poursuivant nos recherches, nous constatons un point très-sensible et circonscrit sous la tubérosité interne du tibia. A ce niveau, sensation d'empâtement avec fluctuation légère. Peau normale et mobile. La pression arrache des cris à la malade. Par exclusion, nous admettons la probabilité d'une hydropisie tendineuse de la patte d'oie.

Nous rencontrons, en outre, sur une longueur de quelques centimètres une douleur au tiers inférieur de la face interne du tibia, beaucoup moins grande ce matin qu'elle ne l'était hier soir, au dire de la malade, qui, on se le rappelle, n'a jamais eu de rhumatisme ni de battements de cœur.

Le soir, douleur vagues du côté et de l'épaule gauches, rien d'appréciable.

Le 28. L'empâtement signalé à la tubérosité interne du tibia gauche s'est résumé en une tumeur allongée et aplatie selon la limite postérieure de la patte d'oie. Elle occupe exactement le trajet des tendons du droit interne et du demi-tendineux. Sa limite supérieure est bien moins tranchée que l'inférieure. La fluctuation est évidente, la douleur beaucoup moindre, même à la pression. Nous avons décidément affaire à une inflammation subaiguë de la bourse séreuse, commune aux deux muscles cités (1), avec hydropisie consécutive. Le genou est sain. La sensibilité si marquée à l'insertion du demi-membraneux s'est de beaucoup amendée.

(1) Cruveilhier. Loc. cit.

Le 29. Roséole confluyente, insomnie, douleurs dans les reins. La malade ne se lève plus.

1^{er} avril. Se plaint d'une douleur dans le bras gauche, datant de la veille, surtout quand on comprime le deltoïde (mysalgie).

Persistance de l'hydropisie tendineuse.

3. Accuse toujours la même douleur dans l'épaule gauche et ne peut remuer le bras de ce côté. La main est baignée de sueur et les doigts sont engourdis. Rien d'apparent dans les bourses séreuses des tendons.

7. Les accidents mentionnés commencent à diminuer sous l'influence du traitement. Les papules des parties génitales s'affaissent et se séchent. L'épanchement de la patte d'oie va disparaître, on n'y perçoit plus de fluctuation.

9. La malade est levée et marche bien. Il ne reste plus trace de la synovite tendineuse du genou; mais elle éprouve depuis hier une douleur mal localisée dans le coude droit. L'extension est affaiblie et la flexion ne peut s'effectuer complètement. Les mouvements provoqués sont plus faciles. Pas de changement dans la forme de l'articulation, pas de rougeur aux téguments. Après une exploration minutieuse et méthodique, nous trouvons que la douleur siège uniquement en un point, au niveau du tendon du biceps; de plus la pronation fait souffrir la malade. La palpation ne révèle aucune tuméfaction qui, si elle est peu considérable, peut être masquée par la forme de la région et la rigidité des aponévroses. On n'en porte pas moins le diagnostic d'inflammation de la synoviale qui sépare le tendon du biceps du brachial antérieur (Cruveilhier). Traitement général et liniment chloroformé.

10. Même état, fièvre pendant la nuit. La malade est restée au lit parce qu'elle se sent brisée.

Inappétence. Souffre toujours du coude au même endroit. Céphalalgie vive. Une papule nouvelle au périnée.

19. La synovite du biceps, demeurée stationnaire pendant quel-

ques jours, subit une régression marquée par le retour progressif des mouvements.

Le 21. Il n'en reste plus de traces ; on retient encore la malade à cause de l'éruption de nouvelles syphilides polymorphes et de quelques accès de fièvre. Bientôt elle va de mieux en mieux.

Le 8 mai, il ne reste plus qu'une papule saillante mais sèche au périnée.

18. Exeat.

OBSERVATION VI.

Syphilis confirmée. — Hydropisie de la gaine tendineuse du demi-tendineux et du droit interne.

G. J..., dix-sept ans et demi, entre une première fois à Lourcine, le 20 janvier 1870, salle Saint-Clément, lit n° 1.

A toujours eu bonne santé. Pas de céphalalgie, maux d'estomac assez fréquents avec nausées sans vomissements. Bien réglée depuis un an, pas de fleurs blanches, pas de grossesse.

A eu un chancre à la fourchette il y a deux ou trois mois, suivi de plaques érosives dans le sillon génito-crural gauche.

État actuel. — Hypertrophie des plis radiés de l'anus où l'on voit de petites saillies érodées. Une ulcération plus large au devant de l'anus ; une autre à l'entrée du vagin, visible seulement en écartant fortement les grandes lèvres ; pas de taches sur le corps ; adénopathie inguinale gauche.

On porte le diagnostic de chancres simples et multiples.

10 février. Vers midi, la malade est prise de fièvre avec des frissons qui durent plusieurs heures. A la visite du soir, elle souffre de grands maux de tête et de douleurs abdominales indéfinies.

14. La céphalalgie persiste avec des intermittences irrégulières, tantôt diurnes, tantôt nocturnes.

On commence à douter du diagnostic de chancres simples. Rien de

nouveau ne s'est pourtant manifesté, sauf une sensation pénible au creux épigastrique.

22. La malade sort sur sa demande. Les ulcérations sont presque entièrement guéries.

Elle rentre à l'hôpital le 5 avril suivant.

Les érosions anales ont reparu. Au périnée, papules muqueuses ulcérées. Une papule sèche dans le pli génito-crural gauche. Sur la grande lèvre gauche, érosion recouverte d'une couche jaunâtre ayant d'abord été rouge comme une écorchure, et dont la base est indurée fortement. La malade dit qu'elle débuta huit jours après sa sortie et affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel pendant ce laps de temps. Engorgement bi-inguinal prédominant à gauche. La petite lèvre gauche est rouge et desquamée à sa face interne.

Taches rosées sur la poitrine, quelques papules écailleuses à la base du cou et sur les bras; pas de croûtes au cuir chevelu, ni d'alopécie, pas d'engorgement des ganglions cervicaux.

La gorge est douloureuse depuis quelques jours et on voit des taches grisâtres sur l'amygdale droite.

Maux de tête quotidiens s'exagérant la nuit. Nausées fréquentes.

Vagin et col de l'utérus normaux.

Cette fois il n'est plus permis de douter de la nature de l'affection. Ces manifestations sont franchement spécifiques; on a donc bien une syphilis à traiter.

Le 11. La roséole s'accroît pendant que les ulcérations se cicatrisent.

Le 12. La malade se plaint de souffrir beaucoup dans la moitié droite de la tête; adénopathie cervicale. Pâleur, bruits cardiaques normaux, rien aux carotides. Douleur dans le genou droit à la région externe, au niveau des insertions ligamenteuses. Au côté interne la tubérosité du tibia est très-sensible surtout en un point qui correspond exactement au tendon du droit interne et à son insertion.

Le 14. Le genou est surtout douloureux le soir, et depuis hier il

s'est formé à la patte d'oie, à l'endroit sensible, une légère tuméfaction allongée, oblique de haut en bas et d'arrière en avant. La fluctuation obscure d'abord est évidente quand on comprime la tumeur à sa partie supérieure. Pas d'épanchement dans le genou, ni de changements à la peau. Pas d'antécédents rhumatismaux et goutteux; pas de chute ni de coup. La malade affirme même n'avoir jamais eu de douleurs dans les jointures.

Diagnostic. — Synovite de la gaine commune au droit interne et au demi-tendineux.

Applications de collodion.

19 avril. Le genou va beaucoup mieux; la synovite tendineuse, après être restée stationnaire pendant quelques jours, commence à s'améliorer et n'est plus douloureuse.

Le 24. Elle a complètement disparu.

Le 25. Il ne reste plus que des syphilides vulvaires, la plupart en voie de réparation.

Le 28. Raucité de la voix; la gorge est encore rouge.

3 mai. Psoriasis palmaire dont le début remonte à deux ou trois jours.

Le 16. Tous les accidents sont guéris, excepté quelques taches psoriasiques dans la main gauche.

Le malade veut sortir.

OBSERVATION VII.

Dans le courant de l'année 1870, X..., âgée de 26 ans, entre en traitement à l'hôpital de Lourcine. Santé jusqu'alors parfaite.

Elle présente des accidents syphilitiques bien caractérisés; elle est au commencement de la période secondaire.

Au niveau de la tubérosité interne du tibia gauche, le genou étant sain, on sent sous les tendons de la patte d'oie une légère tumeur

fluctuante sans crépitation, apparente surtout, par comparaison avec l'autre côté et occasionnant de la gêne dans certains mouvements de la jambe. Elle disparaît sans traitement local au bout d'une dizaine de jours.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu nous procurer l'observation complète; et, sans rien affirmer, nous avons cru de notre devoir de mentionner un accident qui, par sa marche et sa coïncidence avec une syphilis, en l'absence de toute autre affection, nous a paru se rattacher au sujet que nous traitons.

CHAPITRE II.

Nous ne croyons pas devoir faire ici l'anatomie descriptive des synoviales tendineuses, étude qui dépasserait les limites que nous avons dû nous imposer. Nombre d'auteurs depuis Fourcroy et Monro s'en sont occupés, et la divergence de leurs opinions s'explique par la quantité des variétés que l'on rencontre selon l'âge, la profession et même individu. Elles servent à faciliter le glissement des tendons, et leur rôle même devient dans certains cas la cause mécanique de leurs altérations.

Pourquoi n'en serait-il pas de même dans la syphilis, où nous voyons les endroits du corps les plus irrités mécaniquement (isthme du gosier, anus, coins de la bouche et des yeux, nez, etc.), devenir les premiers sièges des manifestations secondaires (1)?

Nous ne pouvons cependant ne pas dire quelques mots, d'après M. le professeur Robin et Lebert, de la structure histologique de ces gaines. Ils nous serviront plus loin à expliquer comment nous com-

(1) Küss. Conférences cliniques. Strasbsurg, 1869.

prenons la formation de l'épanchement. Nous les empruntons à la thèse de concours de M. Legouest (1) :

1° La paroi des membranes synoviales tendineuses est fibroïde, composée de tissu cellulaire condensé ;

2° Leur paroi interne est tapissée d'un épithélium pavimenteux. Cet épithélium, démontré par Henle et Koelliker les premiers, existe aussi bien sur le feuillet pariétal que sur le feuillet viscéral, dans les points où le tendon semble complètement isolé de la cavité synoviale, comme dans la bourse carpienne interne; ce qui est une preuve de la continuité de la membrane qui traverse la bourse (2).

De plus, M. Foucher (3) dit expressément qu'on trouve dans les gaines tendineuses des doigts, un épithélium pavimenteux et des follicules analogues à ceux que M. le professeur Gosselin (4) a décrits dans les synoviales articulaires sous forme de culs-de-sac qu'il propose d'appeler cryptes synovipares et dont plusieurs préparations ont été présentées à la Société anatomique.

Ces préliminaires intéressant notre sujet, nous les avons posés tout d'abord, pour n'avoir plus à y revenir dans le courant de notre travail.

Discussion des observations. — On pourrait nous reprocher le développement que nous avons donné à nos observations, mais il importait surtout à notre thèse de bien établir la spécificité de l'affection que nous étudions. Pour ce faire, le meilleur était de citer le plus de

(1) Legouest. Des kystes synoviaux du poignet et de la main. Thèse de concours. Paris 1857.

(2) Michon. Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, de la face palmaire du poignet et de la main. Thèse de concours, 1851.

(3) Foucher. Note pour servir à l'histoire des tumeurs synoviales. Gazette hebdomadaire, 1855.

(4) Gosselin. Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet. Mémoire de l'Académie de médecine, 1851, t. XVI.

faits possible. Aussi sommes-nous entré dans des détails parfois minutieux, afin de faire ressortir de notre mieux la coïncidence de ces accidents tendineux avec ceux de la période secondaire et de montrer la symétrie de leur marche, jugée par le même traitement. C'est encore dans le même but que l'interrogatoire a été dirigé sur les antécédents pathologiques ou professionnels, susceptibles, par leur nature, d'infirmier celle que nous admettons. D'ailleurs nous reviendrons sur ce point capital en traitant du diagnostic différentiel.

Toutes nos malades étaient franchement syphilitiques et en pleine poussée d'accidents secondaires. Toutes en offraient des signes non équivoques, tels que syphilides cutanées et muqueuses, engorgement ganglionnaire, arthralgie, céphalée, alopecie, angine spécifique, etc., comme il résulte de nos observations. Deux d'entre elles (obs. I et VI), sont même entrées deux fois à l'hôpital, et c'est durant leur second séjour, quand les manifestations reparaissaient et que l'intoxication vénérienne n'était douteuse pour personne, que se déclarèrent les hydropisies des gaines tendineuses. Remarquons aussi que, pour la plupart, sauf une (obs. III), l'hygroma tendineux s'est révélé alors que la malade était depuis quelque temps dans les salles, c'est-à-dire au milieu des conditions hygiéniques les plus relativement opposées à la naissance des causes rhumatismales, auxquelles ces épanchements sont le plus ordinairement imputables. Ils sont donc nés presque tous sous l'œil de l'observateur, et dans un cas (obs. V), la malade gardait le lit depuis plusieurs jours.

Adoptant pleinement la classification naturelle de M. le professeur agrégé Fournier (1), nous divisons les hydropisies des gaines tendineuses en trois formes, caractérisées par les symptômes cliniques qu'elles présentent.

A.) *Hydropisie simple, non inflammatoire, de la synoviale tendi-*

(1) Fournier. Loc. cit.

neuse. — La douleur peut manquer, ou ne s'éveiller parfois que sous une pression méthodique. La malade ne s'aperçoit alors de cette nouvelle complication que par une *gêne*, une *fatigue* dans les mouvements ou un *engourdissement* avec raideur et affaiblissement dans la partie; quelquefois même elle ne se doute de rien jusqu'au moment où apparaît la tuméfaction. La peau est mobile, un peu distendue, mais sans rougeur inflammatoire. La fluctuation est certaine.

Nous pensons que cette forme est la plus commune, et les malades n'y attachent pas grande importance, en raison de sa nature indolente et de sa prompte disparition. Nous y rattachons les observations I, II, III, pour la main gauche, IV, V, VI et VII.

B). Hydropisie subaiguë de la synoviale tendineuse. — C'est la précédente avec réaction subinflammatoire, elle est plus rare et nous ne pouvons en citer qu'un cas (obs. III, main droite).

Ici la douleur s'exagère au point de devenir spontanée et d'arracher des cris quand on la provoque. Les prodromes sont les mêmes; d'abord *gêne* et affaiblissement dans la partie, puis la douleur augmente, la peau devient rosée et rénitente; l'empâtement œdémateux du tissu cellulaire voisin est aussi plus considérable et peut nuire à la perception de la fluctuation. La pression est extrêmement douloureuse. La malade dont nous parlons immobilisait sa main et ne voulait pas qu'on la fît mouvoir. Elle ne pouvait tenir aucun objet: là, comme toujours, les troubles fonctionnels dépendent des usages auxquels nos organes sont destinés. Dans le cas particulier la subinflammation cessa bientôt; la peau redevint normale, et au bout de dix-sept jours seulement, l'épanchement s'était complètement résorbé, tandis qu'on trouvait encore trace de celui qui, plus atonique, s'était formé à la main gauche et ne disparut que trois jours après: comme si la subacuité des phénomènes avait stimulé la vitalité de la partie et hâté par là sa guérison. Notons aussi la légère crépitation tendineuse qui fut perçue au moment où s'effectuait la

résorption et qui, dans les cas analogues, peut devenir un signe précieux pour la certitude du diagnostic.

C). *Forme fruste ou incomplète.* — M. le professeur agrégé Fournier décrit, sous ce titre, une allure moins franchement caractérisée que les deux premières dont nous venons de parler.

Ici, en effet, la tuméfaction fait défaut; à plus forte raison la fluctuation et l'inflammation, de sorte que la lésion ne se traduit par aucun symptôme apparent. Reste la douleur, qui, dans certains cas, peut aussi manquer. Si elle existe, le diagnostic n'en est pas moins chose délicate: « Elle risque alors d'être prise pour un phénomène de tout autre ordre, un rhumatisme simple, une périostite, une myosalgie, une arthralgie, etc. Cependant, même dans ces cas difficiles et obscurs, elle peut être reconnue par un examen minutieux. Car si l'on interroge avec soin les sensations du malade, et surtout si l'on analyse la région par une exploration méthodique, on ne tarde pas à reconnaître: 1° que la douleur a un siège précis, unique et très-circonscrit; 2° que ce siège répond très-exactement au trajet d'un tendon; 3° que la souffrance éveille, en ce point, une souffrance très-vive et n'en provoque aucune sur les parties environnantes; 4° que la douleur enfin est déterminée par tous les mouvements spontanés et communiqués, dont l'effet est d'imprimer une tension, un tiraillement au tendon malade. A l'existence de tels signes, scrupuleusement recherchés et bien constatés, il est presque toujours possible de reconnaître une lésion tendineuse (1). »

Dans cette classe nous rangerons les synovites probables du demi-membraneux et du biceps brachial signalées dans notre observation V. Les tendons de ces muscles sont, en outre, recouverts de parties molles; et, l'épanchement fût-il réel, passerait encore ina-

(1) Fournier. Loc. cit.

perçu s'il est peu considérable. Il faut, dans ces cas, faire appel à ses connaissances anatomiques et insister auprès du malade, dont les réponses sont toujours peu précises. « En procédant de la sorte, je suis arrivé maintes fois à localiser, d'une façon précise, certaines douleurs dont les malades n'accusaient le siège que d'une façon vague, incertaine ou même erronée. Et je crois pouvoir affirmer, après mûr examen, que ces douleurs, dont les syphilitiques se plaignent si communément dans les genoux, les chevilles, les pieds, les épaules, les coudes, les poignets, les doigts, etc., tiennent *fort souvent* (je ne dis pas toujours, loin de là), à des lésions des bourses tendineuses (1). »

A ce propos, nous allons citer une observation inédite où l'arthropathie et la myosalgie dominant la scène et ont amené une deuxième fois la malade à l'hôpital.

OBSERVATION VIII.

C. B. ..., âgée de 28 ans, domestique, entre à Lourcine le 12 mai 1869, salle Saint-Clément, lit n° 29.

Elle se dit accusée d'avoir donné à un homme, il y a six semaines, un chancre né depuis quelques jours seulement. Elle vient spontanément à l'hôpital et dit n'avoir jamais eu de boutons aux parties génitales, ni suivi de traitement autre que des soins de propreté.

Examinée le lendemain 13, elle présente des papules humides autour de l'anus. La vulve paraît saine et sans cicatrices; mais il y a pléiade inguinale double. Taches cuivrées sur le tronc et les membres supérieurs. La syphilis constitutionnelle n'est pas douteuse.

Elle se plaint, depuis quinze jours, de douleurs dans l'épaule gau-

(1) Fournier. Loc. cit.

che (arthralgie), et de maux de tête s'exaspérant la nuit et se prolongeant dans la matinée. Elle ne se rappelle pas s'être exposée au refroidissement.

Le 14, apparaît, dans le pli naso-jugal, une papule rouge, qui devient squameuse les jours suivants et atteint le volume d'un haricot.

Le 15. L'arthropathie de l'épaule s'est comme irradiée dans le bras droit, dont la malade évite de se servir. Le biceps comprimé est douloureux (myosalgie).

Le 16. Douleurs dans les coudes, les poignets, les genoux, surtout nocturnes.

Le 19. Mêmes douleurs erratiques dans les doigts, les jarrets, les chevilles, autour desquelles on applique un cataplasme laudanisé. Myosalgie vive dans la masse musculaire de l'avant-bras gauche.

Le 22. Les douleurs ont parcouru ainsi presque toutes les articulations pour disparaître, surtout le jour, parfois complètement; d'autres sont revenues à leur siège primitif.

Le 3 juin. Grâce à un traitement rationnel et bien suivi, les douleurs commencent à se calmer, les taches érythémateuses du corps à s'effacer, les syphilides anales à se cicatriser.

Quelque temps après, la malade sort dans un état relativement bon.

Elle rentre au service huit jours après sa sortie; elle n'avait pas continué son traitement interne et souffre de douleurs dans les membres. Leur maximum d'intensité s'est déplacé et siège maintenant dans le bras droit, dont la malade ne peut se servir. Rien d'apparent, malgré une exploration attentive.

On revient au traitement, qui la soulage assez promptement, et elle sort de nouveau, le 17 juillet.

En voyant la gêne et la douleur qui s'opposent d'abord aux mouvements du bras gauche et plus tard à ceux du bras droit, et en l'absence de signes extérieurs sensibles, on songe involontairement à

la synovite d'une ou de plusieurs gâines tendineuses, sans épanchement, c'est-à-dire de forme incomplète. Nous n'affirmons rien; mais n'est-il pas raisonnable de penser que, les antécédents de la malade étant connus, elle a de nombreuses chances de contracter tôt ou tard quelque hydropisie tendineuse, si elle n'est pas complètement guérie? D'ailleurs, les arthralgies concomitantes, dont elle a tant souffert, viennent à l'appui de notre hypothèse, et, comme le fait remarquer M. le professeur Verneuil, « les bourses séreuses, tendineuses et sous-cutanées appartiennent au même système anatomique que les synoviales articulaires et ont les mêmes aptitudes morbides; rien ne s'oppose donc à ce qu'elles soient influencées comme elles par le poison vénérien. »

D'autre part, nous lisons dans l'article de M. Foucher : « Les membranes synoviales articulaires tendineuses et les bourses séreuses peuvent être le siège de collections séreuses qui constituent l'hydropisie de ces cavités (1). » Il est ainsi amené à réunir en un seul groupe naturel l'hydarthrose, l'hydropisie des gâines tendineuses et les hygromas.

Dans le même sens, M. Legouest n'admet pas (2) « l'arthrite sèche des gâines tendineuses, et cela parce que les gâines, participant de la nature des synoviales, il est tout naturel de penser qu'elles doivent participer à leurs affections. »

L'analogie se poursuit en clinique, et l'observation nous montre certaines phlegmasies des gâines tendineuses se développant sous l'action de causes internes (3), par exemple dans le cours d'une affection rhumatismale, et se comportant comme une véritable arthrite.

Dans des cas plus graves encore, alors qu'il s'agissait de dégéné-

(1). Foucher.

(2) Legouest. Loc. cit.

(3) Follin. Traité de pathologie externe.

rescence fongueuse de la gaine, M. le professeur Robin a constaté au microscope que ces fongosités étaient du tissu fibroplastique, ne différant de celles des articulations dégénérées que par un peu plus de densité et de vascularisation (1).

Si nous rapprochons de ces citations, de ces faits, un épanchement assez considérable du genou, déterminé par une arthropathie syphilitique et observé par M. le professeur agrégé Fournier (2), on comprendra pourquoi nous insistons si longuement sur la ressemblance offerte en pathologie par les synoviales tendineuses et articulaires. Pour nous, en effet, ces séreuses relèvent du même système anatomique, elles ont des fonctions physiologiques analogues, et nous croyons à l'identité de leurs lésions.

Nous regrettons de ne pouvoir fournir quelques détails sur la nature du liquide qui forme ces épanchements tendineux. Il n'y eut pas lieu de faire d'autopsie, et il ne fut jamais nécessaire, dans le traitement, de recourir à la ponction pour débarrasser la malade. A notre prière pourtant, l'interne du service voulut bien essayer une aspiration sous-cutanée avec une seringue de Pravaz; pour une cause ou pour une autre, le résultat fut nul; mais il est vrai de dire que l'hydropisie était presque entièrement résorbée. Selon toute probabilité, si l'on considère la marche et la terminaison de l'affection, si l'on tient compte de la membrane qui le fournit et du liquide préexistant, cet épanchement doit être clair, légèrement visqueux.

Dans un cas de kyste né d'une gaine tendineuse (3), le liquide était onctueux, filant et présentait au microscope une quantité énorme de cellules épithéliales pavimenteuses très-régulières.

Nélaton (4) a trouvé ce liquide, mais dans des inflammations d'une

(1) Bidard. De la synovite tendineuse chronique ou fungus des gaines synoviales Thèse de Paris, 1858.

(2) Fournier. Loc. cit.

(3) Michon. Loc. cit.

(4) Nélaton. Éléments de pathologie chirurgicale.

autre nature, tantôt séreux, tantôt sirupeux, quelquefois même rose et semblable à de la gelée de groseille. La paroi de la poche était peu épaisse, dépolie, et offrait une légère injection capillaire.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet, préférant avouer notre ignorance plutôt que de nous livrer à des hypothèses.

D'ailleurs, dit Legouest à propos de faits analogues, mais bien plus connus pourtant : « Tous les chirurgiens admettent ici la possibilité de transformations pathologiques, et tous ceux que nous avons interrogés ont été fort empêchés de nous donner des renseignements complets et satisfaisants. »

Diagnostic différentiel. — Nous avons déjà parlé du diagnostic proprement dit; il ne nous reste plus qu'à insister sur quelques difficultés et sur quelques affections que l'on pourrait confondre avec l'hydropisie tendineuse spécifique.

Les tendons s'insèrent souvent au squelette, non loin d'articulations dont la déformation peut parfois donner le change sur le véritable siège de la lésion. Dans le cas d'inflammation articulaire, les mouvements sont beaucoup plus douloureux (2), le pourtour de la jointure est complètement tuméfié (3) et le gonflement n'est pas limité à un point défini de la circonférence.

Quand la saillie est produite par une hernie synoviale articulaire, elle disparaît sous la pression pour reparaître dès qu'on cesse de comprimer (J. Cloquet); ce qui n'aura pas lieu si la tumeur est formée par la gaine vaginale d'un tendon.

Les épanchements d'air ou de sang n'ont pas une direction anatomique aussi régulière et la synovite ne crépite, quand il y a crépitation, que dans les mouvements (Follin).

(1) Legouest. Loc. cit.

(2) Vidal de Cassis. Traité de pathologie externe.

(3) Bidard. Loc. cit.

Les lipomes sont plus superficiels et résident dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils sont ordinairement bosselés, lobulés, et il est bien rare qu'ils existent sur le trajet exact des tendons ; on ne cite dans la science que deux erreurs de ce genre et à la paume de la main (Bidard) où ils sont d'ailleurs plus communs qu'à la face dorsale du carpe (Legouest).

Le névrome occasionne des douleurs différentes de celle de la synovite qui n'est guère douloureuse que dans les mouvements et le plus souvent à la pression (Bidard).

Pour les traumatismes ou les violences, qui sont les causes les plus ordinaires des synovites tendineuses, il suffira d'interroger le malade sur sa profession ou sur l'accident dont il a été victime.

Les rapports intimes que nous avons établis entre les synoviales tendineuses et articulaires nous font un devoir de dire quelques mots des épanchements tendineux qu'on rencontre dans certaines maladies autres que la syphilis.

La goutte, le rhumatisme peuvent donner lieu à des hydropisies (1) mais le cortège des symptômes locaux et généraux est bien différent, et la réaction est bien plus intense. Les antécédents fourniront des renseignements précieux, sans compter que dans le rhumatisme la marche de l'affection tend à devenir chronique, et que, dans la goutte, il y aura toujours en même temps des déformations articulaires.

On pourra nous objecter que la métastase blennorrhagique (2), tour à tour admise et niée depuis Swediaur, peut se porter sur les gaines tendineuses comme sur les articulations. A cela nous répondrons que, y en eût-il des exemples, nous ne doutons pas que l'interrogatoire et l'examen approfondi de la lésion ne lèvent bientôt tous les

(1) Grisolle. Traité de pathologie interne.

(2) Foucart. Journal de médecine de Bordeaux, 1846.

doutes. Une de nos malades (obs. II) offrit, outre une syphilis confirmée, une uréthrite et en même temps une conjonctivite qui inspira quelque crainte. Mais ni les symptômes ni la marche ne furent ceux d'une ophthalmie blennorrhagique et tout se résuma en une iritis syphilitique. Nous faisons remarquer aussi que l'uréthrite était guérie depuis au moins trois jours quand se déclara la synovite sus-carpienne qui fut du reste non inflammatoire.

M. le professeur agrégé Bouchard (1) parle de la tuméfaction du dos des mains dans la paralysie des extenseurs des doigts. On l'attribue à tort, selon lui, à l'intoxication saturnine, et il l'explique avec M. le professeur Gubler par une lésion nerveuse, résultat de la paralysie, amenant des troubles de nutrition organique dans les gaines endineuses, comme Bonnet et Teissier l'ont admis pour les articulations.

Elle diffère de celle que nous étudions en ce qu'elle n'apparaît que quand la paralysie des extenseurs est déjà complète. La tumeur est diffuse, moins limitée que dans l'hydropisie spécifique qui d'ailleurs n'amène pas de paralysie, mais seulement une gêne dans les mouvements, et cela pendant qu'elle se forme.

Le diagnostic de l'hydropisie tendineuse comprend en résumé celui de l'épanchement et celui de sa nature. Il faut donc considérer la forme, le siège, la mobilité, la fluctuation, la marche de la tumeur et surtout ne pas négliger les anamnestiques. On insistera sur l'état de la santé générale, sur la coïncidence des pléiades ganglionnaires et des manifestations polymorphes du virus vénérien, en l'absence de toute autre cause appréciable, soit dans les antécédents, soit dans l'état actuel. Avec ces données, nous ne croyons pas qu'un observateur prévenu et attentif puisse hésiter longtemps et *a fortiori* commettre des erreurs.

(1) Bouchard. Gazette hebdomadaire, 1868.

Fréquence. — L'hydropisie spécifique des gâines tendineuses est pour nous assez commune. Si elle a paru jusqu'ici relativement rare, la cause en est sans doute à ce que parfois elle peut passer inaperçue, ou bien être masquée par des phénomènes concomitants plus graves. Nous avons indiqué autant que possible comment on pouvait éviter les erreurs diagnostiques. Mieux connue, elle deviendra certainement plus fréquente.

Nous en publions sept cas inédits. M. Verneuil en avait déjà fait connaître quatre et M. Fournier six. C'est plus qu'il n'en faut pour attirer l'attention du médecin.

Follin (1) en traitant de la synovite chronique des gâines tendineuses, affirme qu'on la rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme. Nous arrivons pour la synovite spécifique à une conclusion contraire, signalée déjà par MM. Verneuil et Fournier.

Les cas recueillis jusqu'ici appartiennent exclusivement à des femmes. Nous n'avons aucune raison pour dire qu'on ne puisse en rencontrer chez l'homme ; nous avons même pris à ce sujet des informations auprès d'un de nos amis, interne à l'hôpital du Midi. On ne nous en signala aucun exemple ; de sorte qu'au point de vue de la pathologie comparée des sexes, la femme paraît, momentanément et sous toute réserve, plus prédisposée que l'homme à cette curieuse complication.

Siège. — Théoriquement, il résulte des observations connues que l'épanchement peut se produire dans toutes les gâines tendineuses. Cependant quelques-unes y semblent plus sujettes que les autres, par exemples celles de la main ; il y a sans doute là une raison fonctionnelle.

Un des phénomènes les plus remarquables est certainement la production de ces hydropisies sur les deux mains. Dans les obser-

(1) Follin. Loc. cit.

vations que nous venons de rapporter, nous en fournissons trois exemples (obs. I, II, III), sur 4 cas; et sur chacune des mains, la tumeur avait à très-peu près et le même volume et la même direction. M. Verneuil avait déjà mentionné ce fait dans les mêmes proportions.

D'autres fois la tumeur reste multiple, mais occupe des régions différentes, par exemple, la patte d'oie et la saignée du bras (obs. V), l'extenseur des orteils et le biceps brachial (4). Enfin, elle peut être unique, par exemple, à l'une des deux mains (obs. IV), à un pied (2), à la patte d'oie (obs. VI et VII).

Durée. — Elle paraît être, en moyenne, de douze à quinze jours, et nous avons déjà fait remarquer que la forme simple n'était pas toujours la plus rapide (obs. III). Elles diffèrent en cela des hydro-pisies non spécifiques qui ont une grande tendance à rester stationnaires (2).

PRONOSTIC, TERMINAISON ET TRAITEMENT.

Ces questions sont implicitement exposées dans nos observations. Nous avons affaire à une affection relativement bénigne, puisque le malade lui-même peut quelquefois ne pas en soupçonner l'existence. C'est cependant là un fait rare; si la douleur est peu vive, il y a toujours plus ou moins de gêne dans les mouvements. Il ne faut néanmoins pas oublier que « l'enceinte fibreuse qui bride les bourses tendineuses, la présence d'un organe important dont il est presque impossible de contenir les mouvements, impriment à ces lésions un caractère plus fâcheux que pour toute autre bourse séreuse (2).

De plus, comme le signale Follin (3), « l'inflammation des bourses

(1) Fournier. Loc. cit.

(2) Nélaton. Loc. cit.

(3) Follin. Loc. cit.

séreuses, en raison de la minceur de leurs parois, se propage très-facilement au tissu cellulaire ambiant, même avant que la suppuration se soit formée dans ces cavités. » Nous avons, en effet, constaté dans certains cas l'empâtement du tissu cellulaire périphérique, mais il n'y a jamais eu abcès ni phlegmon. A notre connaissance, la forme franchement inflammatoire avec réaction intense n'existe pas ou n'a pas encore été observée, et on n'a pas à craindre d'accident sérieux. Le tendon lui-même reste sain et ne contracte aucune adhérence, comme le prouve le prompt et entier rétablissement de ses fonctions. Nous n'avons pas à mentionner de récurrences.

Rien à dire de particulier sur le traitement. Toutes nos malades ont suivi, sous la direction de M. le professeur agrégé Fournier, une médication générale tonique et antispécifique, sous l'influence de laquelle l'hydropisie s'est terminée par résorption. En 1863, à une époque où on n'était pas encore fixé sur la nature de cette complication, M. le professeur Verneuil institua un traitement local assez actif : « vésicatoires volants, badigeonnages iodés, immobilisation. La guérison eut lieu. Le traitement interne était simultanément administré. Dans le second cas, je fis le traitement local d'un côté seulement, et j'abandonnai l'autre hygroma à la seule action des médicaments internes : protoiodure, quinquina et fer. Le côté non traité guérit à peu près aussi vite que l'autre.

« Dans les deux derniers cas, je m'abstins de toute application topique sur les mains, et la guérison ne s'en effectua pas moins, marchant de pair avec l'effacement des autres accidents concomitants (1). »

Nous ne pouvons qu'engager à suivre cette sage conduite, dictée par le raisonnement et l'expérience. Elle a le double mérite de ne pas tourmenter inutilement les malades, sans compromettre ou retar-

(1) Verneuil (loc. cit.).

der leur rétablissement. Que si on est obligé de sacrifier à leurs exigences, surtout dans la pratique civile, on aura recours, comme M. Fournier, aux applications de collodion, aux frictions avec un liminent chloroformé, par exemple, ou bien encore à l'enroulement avec de la ouate, moyens qui, outre leur innocuité, ont l'avantage de diminuer la douleur et de concourir ainsi au but définitif du traitement : la guérison du malade.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des os du membre inférieur.

Physiologie. — Des usages du nerf facial.

Physique. — Calorimétrie ; chaleurs spécifiques, chaleurs latentes.

Chimie. — Des combinaisons de l'azote avec l'oxygène ; caractères et préparation de l'acide azotique.

Histoire naturelle. — Des caractères généraux des oiseaux ; comment les divise-t-on ? De l'œuf de poule ; ses usages en thérapeutique et en pharmacie.

Pathologie externe. — Du mode de traitement des fractures compliquées de plaies.

Pathologie interne. — De l'ataxie locomotrice progressive.

Pathologie générale. — Des complications morbides.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des calculs biliaires.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme des voies lacrymales.

Pharmacologie. — Quel est l'alcool que l'on doit employer en pharmacie? Quels sont les principaux degrés de concentration auxquels on l'emploie? Quels sont les principes qu'il dissout? Comment prépare-t-on les teintures alcooliques ou alcoolés, simples ou composés?

Thérapeutique. — Des voies d'élimination des médicaments.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Qu'est-ce qu'un antidote? A quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer?

Accouchements. — De l'ictère des femmes enceintes.

Vu, bon à imprimer.

VERNEUIL, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.