

I. **Arthralgies.** — Forme de beaucoup la plus commune des trois. — Purement subjective, et exclusivement constituée par un symptôme unique, à savoir une douleur articulaire *sine materiâ*.

Ce qu'on observe est ceci : une articulation devenue douloureuse dans les mouvements, et c'est tout. C'est tout, car, si l'on examine, même avec le plus grand soin, cette articulation endolorie, on n'y trouve rien que de normal : pas de tuméfaction, pas de déformation, pas de rougeur tégumentaire, pas d'épanchement, pas de craquements, etc. ; rien que des signes négatifs, en un mot, à part la *douleur*. Encore cette douleur ne s'accuse-t-elle pas toujours de la même façon. Le plus souvent elle coexiste avec une certaine sensibilité de la jointure à la pression ; mais quelquefois aussi cette jointure se montre absolument indolente au palper, et toute l'affection se trouve alors constituée par un simple trouble fonctionnel appréciable seulement pour le patient, inappréciable pour le médecin, nul au repos et ne devenant manifeste que dans les mouvements.

Détail assez curieux, cette douleur articulaire a pour caractère assez fréquent de *s'accroître par le repos* et de *se dissiper par l'exercice*. Ainsi nombre de fois j'ai entendu mes malades de Lourcine me dire ceci : « La nuit, quand je me réveille, ou le matin, quand je me lève, mes membres sont comme perclus, douloureux ; je ne puis sans douleur remuer mes bras ou plier mes genoux pour ramasser mes chaussures. Puis, quand je me suis un peu secouée, forcée, alors cela va mieux. Mes jointures, qui étaient comme *rouillées, se dérouillent*, et, quelques heures après, mes membres sont bien plus libres, moins endoloris. Je me crois alors guérie. Mais, la nuit suivante et le lendemain matin, c'est encore la même chose, etc. » Il y a vraiment dans ce fait de jointures endolories et rouillées par le repos, puis dérouillées par le mouvement (je conserve à dessein les expressions de nos malades qui sont tout à fait significatives), quelque chose d'assez spécial qui ne laisse pas d'imprimer aux arthralgies secondaires une note, non pas certes pathognomonique et distinctive, mais quelque peu particulière.

Ces arthralgies secondaires se produisent surtout dans les premiers mois de l'infection et coïncident avec les grandes poussées éruptives ou nerveuses de cette période.

Elles sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. — Les prédispositions rhumatismales, soit personnelles, soit acquises, y paraissent absolument étrangères.

La plupart des articulations, notamment des grandes articulations, y sont sujettes. Quelques-unes toutefois en sont bien plus fréquemment affectées que d'autres. Citons comme telles :

1° *Les articulations scapulo-humérales.* — Nombre de malades se plaignent de douleurs « dans les épaules », notamment en levant les bras. Exemple : nombre de femmes renoncent à se coiffer le matin,

parce que « c'est un supplice pour elles de faire manœuvrer leurs épaules enraidies ».

2° *Les genoux.* — Localisation encore très commune, rendant difficiles et douloureuses la marche, la station et surtout la flexion complète des membres. Très fréquemment les malades se plaignent de ne plus pouvoir, sans une souffrance réelle, ramasser un objet à terre.

3° *Les coudes, les poignets et les articulations tibio-tarsiennes.*

*Remarque.* — Certes, les arthralgies sont communes dans la période secondaire ; mais elles le sont moins que ne le donneraient à supposer les déclarations de nos malades. Nombre de douleurs rapportées par eux aux articulations ne sont pas en réalité de localisation articulaire ; et, quand on prend soin d'en déterminer le siège précis par une analyse minutieuse des symptômes, on les voit se convertir en myosalgies, en périostites, en ténosites, en névralgies, etc. Il importe donc de ne pas se fier aux sensations accusées par les malades et de les contrôler par un examen direct.

*Durée. — Traitement.* — La durée de ces arthralgies secondaires est éminemment variable, mais variable surtout suivant l'intervention ou la non-intervention du traitement spécifique.

Abandonnées à elles-mêmes, elles persistent en général assez longtemps, plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avec alternances de rémissions et de recrudescences. C'est ainsi que bien souvent j'ai entendu des femmes syphilitiques, dont la syphilis avait été longtemps méconnue, me raconter que pendant des mois (trois, cinq, six mois) elles n'avaient cessé de souffrir de vives douleurs dans les jointures, et cela « sans qu'on y vit rien ».

En revanche, soumises au traitement antisiphilitique, ces arthralgies s'évanouissent comme par enchantement. Elles s'apaisent souvent illico et disparaissent en quelques jours. Il est même (à part la céphalée) peu de symptômes syphilitiques qui soient aussi rapidement accessibles à l'action du traitement. A ce point que, s'il pouvait rester quelques doutes sur la connexion de ces arthralgies avec la syphilis, ces doutes tomberaient tout aussitôt devant la constatation de tels effets thérapeutiques.

Le traitement mixte est ici d'indication formelle. Il fournit des résultats bien autrement rapides que l'usage exclusif du mercure ou de l'iode.

II. **Hydarthrose.** — Beaucoup plus rare que l'arthralgie, et cela, d'après mes statistiques, dans la proportion de 4 à 23.

C'est la forme *froide* des arthropathies secondaires à lésions apparentes.

Son symptôme essentiel et souvent son unique symptôme consiste en un épanchement articulaire qui se constitue à froid, c'est-à-dire

sans réaction générale ou locale, sans phénomènes de fluxion articulaire. — Cet épanchement est en général peu abondant, moyen tout au plus, souvent même minime, au point de pouvoir passer inaperçu.

Au début, cette hydarthrose secondaire peut s'accompagner de quelques légères douleurs ou plutôt d'une certaine gêne dans l'articulation; mais elle devient bientôt indolente et reste telle jusqu'à sa terminaison.

Encore est-il nombre de cas où elle se produit sans la moindre douleur, au point de ne préoccuper en rien les malades ou même de rester absolument *latente*. C'est alors par hasard que le médecin s'en aperçoit. Il m'est arrivé bien des fois à l'hôpital, en examinant des malades au lit à propos de n'importe quel symptôme, de découvrir sur eux des hydarthroses des genoux dont ils ne m'avaient pas parlé, voire dont ils ignoraient l'existence.

Les hydarthroses secondaires ont un véritable siège d'élection, à savoir le *genou*. — Il n'est pas rare qu'elles affectent les deux genoux, soit simultanément, soit successivement.

Que deviennent-elles et que durent-elles alors qu'elles sont abandonnées à leur évolution propre? Je ne saurais le dire; tout ce que j'en sais c'est que, sûrement, elles peuvent guérir *sponle suâ*, voire en quelques jours, comme j'en ai eu la preuve plusieurs fois.

Traitées, elles se résorbent facilement et toujours d'une façon rapide (cinq, huit à douze jours).

Le traitement mixte, aidé du repos et de la compression ouatée, est ce qui leur convient le mieux. — Rarement il est nécessaire de recourir à des topiques locaux, tels que teinture d'iode, vésicatoires volants, etc.

Quelquefois, enfin, ces hydarthroses reparaissent après guérison, et cela sans provocation, sans cause, c'est-à-dire comme elles s'étaient produites une première fois.

Dépourvues de tout symptôme propre, elles ne se différencient des hydarthroses vulgaires que par les considérations suivantes: absence de toute raison étiologique, d'ordre général ou local; — volume moindre, par le fait d'un épanchement toujours peu intense et souvent même minime; — curation facile sous l'influence du traitement spécifique.

Quant à leur spécificité d'origine, elle ressort bien manifestement et des considérations susdites et des conditions mêmes dans lesquelles se produisent ces déterminations articulaires, et des divers symptômes spécifiques qui leur servent habituellement de cortège.

**III. Arthropathies secondaires pseudo-rhumatismales.** — C'est là, à coup sûr, la forme la plus rare des manifestations de ce groupe, mais non la moins curieuse.

D'un mot je puis la caractériser en disant qu'elle reproduit à peu près exactement ce qu'est une fluxion articulaire subaiguë de rhumatisme simple.

Ce qu'on observe, en effet, est ceci: une jointure devenue rapidement douloureuse, douloureuse spontanément et plus encore au toucher, au simple palper. Cette douleur empêche les mouvements et immobilise le membre affecté, mais elle n'est jamais que modérée, voire légère, très différente donc en cela de celle du rhumatisme aigu et, *à fortiori*, de celle d'une arthrite vraie. — A l'examen, on constate une fluxion, une tuméfaction manifeste de ladite jointure, mais sans notable exagération de volume et sans déformation. — Au palper, léger épanchement intra-articulaire, assez peu abondant parfois pour rester presque douteux. — Téguments péri-articulaires normaux, sauf en certains cas exceptionnels où ils se recouvrent d'une très légère suffusion rosée. — Finalement, apyrexie usuelle, et absence de tout trouble sympathique. — Alors, seulement, que les symptômes locaux revêtent une acuité insolite, il se produit un certain degré de réaction générale, à savoir: fièvre modérée, toujours assez éphémère, malaise, courbature, inappétence, etc.

*Localisations.* — Cette fluxion rhumatoïde de la syphilis secondaire se limite le plus habituellement à une seule articulation. Elle peut s'étendre cependant à deux ou trois. Mais jamais (du moins dans les observations personnelles que je consulte pour cette description) je ne l'ai vue se disséminer davantage, encore moins se généraliser à la façon du rhumatisme vulgaire.

Comme siège, elle se porte le plus souvent sur le genou ou sur les genoux. Plus rarement on l'observe sur les articulations tibio-tarsiennes, au poignet et au coude. Je ne l'ai pas encore rencontrée sur les petites articulations.

*Durée; terminaisons.* — Les arthropathies pseudo-rhumatismales de la syphilis secondaire ne constituent, à l'instar de tous les accidents de cette même période de la maladie, que des manifestations passagères. Même non traitées, elles s'effacent et disparaissent, comme j'en ai acquis la preuve plusieurs fois, mais non sans avoir duré plus ou moins longtemps, c'est-à-dire des semaines ou même plusieurs mois. Au contraire, sous l'influence du traitement spécifique, elles guérissent rapidement. — Il va sans dire qu'une thérapeutique locale appropriée (repos, immobilisation de la jointure, compression ouatée, badigeonnages à la teinture d'iode, vésicatoires volants, etc.), peut en accélérer la disparition.

La résolution complète, intégrale, est de règle à la suite de ces manifestations. — Toutefois, quand elles sont négligées et qu'elles durent un certain temps, elles peuvent laisser à leur suite des lésions d'*arthrite sèche*, sous forme de craquements articulaires, notamment de petits craquements multiples fournissant une crépitation analogue

à celle de l'amidon froissé entre les doigts. — Les genoux sont le siège favori de cet épiphénomène.

Il m'est arrivé bien des fois de rencontrer sur des malades anciennement syphilitiques des craquements articulaires de cet ordre, qui, renseignements pris, m'ont bien semblé n'être que la conséquence d'arthropathies rhumatoïdes ou d'hydarthroses survenues au cours de la période secondaire.

*Nature. — Diagnostic.* — I. Certes, les diverses manifestations articulaires que je viens de décrire comme symptômes possibles de la syphilis secondaire affectent une ressemblance des plus marquées avec le rhumatisme simple, vulgaire. Et comment en serait-il autrement? Le siège de ces accidents est celui du rhumatisme; leurs symptômes, leurs lésions apparentes, voire leur évolution, ne diffèrent qu'à peine de ce qu'on observe dans le rhumatisme. On pourrait donc croire — et cette opinion a été soutenue plus d'une fois — que ces prétendues arthropathies spécifiques ne sont rien autre en réalité que des phénomènes rhumatismaux développés par hasard sur des sujets syphilitiques. Cela serait une erreur. Bien certainement ces accidents constituent des manifestations d'origine et d'essence spécifiques. Ce qui le démontre, c'est, d'une part, leur production chez des sujets syphilitiques à une époque déterminée de la diathèse, à savoir l'étape secondaire; — c'est, d'autre part, leur coïncidence fréquente avec des arthralgies indubitablement syphilitiques; — c'est, non moins fréquemment, leur coïncidence avec d'autres symptômes spécifiques, tels que syphilides cutanées, syphilides muqueuses, céphalée, iritis, etc.; — c'est leur résolution relativement facile sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium; — c'est leur apparition en dehors des causes habituelles du rhumatisme, chez des sujets non rhumatisants, non rhumatisants ni par eux-mêmes ni par disposition héréditaire; — ce sont, enfin, certains détails de leur symptomatologie propre que va mettre en relief le parallèle suivant, tels que fixité sur les jointures envahies, défaut de tendance à la dissémination, exacerbations nocturnes des douleurs, absence de réaction sur les séreuses cardiaques, etc.

II. La forme rhumatismale des arthropathies spécifiques impose certes un diagnostic différentiel avec le rhumatisme vulgaire.

Or, les difficultés d'un tel diagnostic sont éminemment variables suivant les cas, c'est-à-dire, à ne parler que des cas extrêmes, tantôt nulles ou presque nulles, tantôt au contraire multiples et presque insurmontables.

Et, en effet, si l'on oppose de part et d'autre des cas *francs*, c'est-à-dire si l'on met en parallèle des cas typiques de rhumatisme et d'arthropathies spécifiques, tout aussitôt le diagnostic jaillit d'une série de différences que résume le tableau suivant :

**Rhumatisme vulgaire.**

- I. — *Polyarticulaire*, et affectant en général un grand nombre de jointures.
- II. — Affecte également grandes et petites articulations.
- III. — Généralement *mobile*, c'est-à-dire passant d'une articulation à une autre, et de celle-ci à d'autres encore.
- IV. — *Réaction fébrile* toujours plus ou moins vive.
- V. — Troubles sympathiques multiples, plus ou moins accentués.
- VI. — *Sudations* fréquentes, parfois profuses, souvent assez importantes pour constituer par elles seules un symptôme presque significatif.
- VII. — Modification des urines, qui deviennent rares, rouges, chargées d'acide urique et d'urates.
- VIII. — Tendance fréquente à retentir sur les séreuses cardiaques.
- IX. — " "
- X. — " "
- XI. — Étiologie : prédisposition soit héréditaire, soit acquise, aux accidents rhumatismaux.  
Quelquefois cause provocatrice actuelle : action de l'humidité ou du froid.
- XII. — " "

**Rhumatisme syphilitique.**

- I. — N'affecte guère qu'une ou deux jointures, bien plus rarement trois, très exceptionnellement un plus grand nombre. — *Ne se généralise jamais*, en tout cas, à la façon du rhumatisme vulgaire.
- II. — Se porte exclusivement sur les *grandes articulations* (genoux de préférence) et respecte les petites.
- III. — Constitué par des manifestations de localisation *fixe*. — Nulle tendance au déplacement, à la mobilité.
- IV. — Pas de fièvre en général; — quelquefois, cependant, fièvre légère, mais (sauf exceptions rares) de courte durée.
- V. — Pas ou peu de troubles sympathiques.
- VI. — Pas de sudations.
- VII. — Pas de modifications notables des urines.
- VIII. — Pas de retentissement cardiaque.
- IX. — Parfois exacerbation nocturne des douleurs presque caractéristique.
- X. — Invasion au cours d'une étape déterminée de l'infection, à savoir : période secondaire.  
Donc :  
1° Antécédents de syphilis récente;  
2° Coïncidence très habituelle de symptômes d'ordre secondaire (syphilides, plaques muqueuses, adénopathies, alopecie, céphalée, fièvre spécifique, iritis).
- XI. — " "
- XII. — Critérium thérapeutique : influence rapidement curative du traitement spécifique.

Voilà pour les cas typiques.

Mais, il n'est pas à le nier, un rapprochement n'est pas impossible entre ces deux entités morbides théoriquement si disparates. D'une part, en effet, le rhumatisme vulgaire peut s'atténuer et se modifier comme ensemble symptomatologique, par exemple n'affecter qu'un petit nombre d'articulations, ne s'accompagner que d'une réaction fébrile et de troubles sympathiques très modérés, ne pas retentir sur le cœur, n'offrir aucune tendance à la mobilité, etc., etc. D'autre

part, le rhumatisme syphilitique peut envahir plusieurs articulations, prendre une forme aiguë, déterminer un certain degré de fièvre et de troubles généraux, ou bien encore coexister avec une fièvre spécifique (laquelle, on en conviendra, est bien faite pour donner le change en l'espèce), etc. De sorte qu'il est des cas où une réelle transition semble s'établir de l'un à l'autre de ces types morbides, et qu'un diagnostic différentiel à instituer entre eux devient singulièrement délicat, difficile, voire impossible quelquefois.

Comme exemple, je citerai le cas d'un malade que j'ai sous les yeux actuellement dans mon service de Saint-Louis. Ce malade, au cours d'une syphilis secondaire très féconde en manifestations, a été pris, il y a quelques semaines, d'accidents de rhumatisme sub-aigu sur les genoux et sur une articulation tibio-tarsienne, avec fièvre modérée, courbature, inappétence, etc. S'agissait-il d'une poussée d'arthropathies spécifiques ou bien d'un rhumatisme intercurrent sur un sujet syphilitique? Pendant une quinzaine, le diagnostic de nature de ces manifestations est resté vraiment insoluble, en dépit d'une analyse quotidienne et minutieuse des symptômes. Puis, finalement, l'insuccès du traitement spécifique et l'invasion d'une endocardite légère nous a tous convaincus que nous avions affaire à une simple coïncidence éventuelle de rhumatisme vulgaire sur un sujet syphilitique.

Que de cas de cet ordre n'aurais-je pas à produire, dans lesquels le diagnostic est resté en suspens, et cela même parfois jusqu'après guérison!

C'est dans ces cas douteux qu'un véritable critérium peut être fourni par l'influence curative du traitement spécifique. Comme spécimen, je rappellerai l'histoire d'un de nos collègues, médecin des plus distingués, qui se trompa sur lui-même dans un cas de ce genre et se crut longtemps « *rhumatisant* », alors qu'en réalité il était simplement sous le coup d'arthropathies syphilitiques. Affligé, au cours d'une syphilis secondaire d'ailleurs assez bénigne, de douleurs multiples de l'ordre de celles que nous venons d'étudier, ce confrère se traita pendant trois mois entiers à l'aide de tous les antirhumatismaux vulgaires, tels que sulfate de quinine, bicarbonate de soude, colchique, véraltrine, bains de vapeur, douches sulfureuses, etc., etc. Aucun de ces remèdes ne lui procura le moindre soulagement. Du jour, en revanche, où l'erreur fut suspectée, l'administration des antisyphilitiques dissipa comme par enchantement ce prétendu rhumatisme, et le malade fut guéri, absolument guéri, en moins d'une quinzaine. — Qu'un tel fait nous reste en souvenir, pour nous tenir en garde contre les surprises auxquelles expose en pratique ce pseudo-rumatisme de la vérole!

### III. — SYNOVIALES TENDINEUSES

Les affections tendineuses de la syphilis secondaire étaient restées méconnues, lorsque l'attention a été appelée sur elles presque simultanément (septembre et octobre 1868) par M. le D<sup>r</sup> Verneuil et par moi. Depuis lors elles ont donné lieu à de nombreux travaux.

Peu fréquentes, elles s'observent surtout chez la femme (bien plus souvent que sur l'homme) et souvent en coïncidence avec d'autres accidents du système locomoteur, tels que périostite, arthralgie, rhumatisme spécifique, etc. — Ce sont en général des manifestations assez précoces de l'étape secondaire.

Elles se présentent sous deux formes bien distinctes. Dans l'une, ce sont des *hydropsies* simples des gaines tendineuses, des hypercrinies synoviales. — Dans l'autre, elles consistent en des *phlegmasies* vraies, plus ou moins aiguës de ces gaines; ce sont alors des *ténosites* ou *synovites tendineuses*.

Spécifions les caractères propres à chacune de ces formes.

**I. Hydropsie simple des synoviales tendineuses.** — Celle-ci se caractérise par l'épanchement d'une certaine quantité de liquide, quantité généralement minime, à l'intérieur de la cavité séreuse où glisse le tendon. A dessein, je l'ai qualifiée du nom d'hydropsie, pour cette raison que l'épanchement séreux qui la constitue se produit sans processus inflammatoire, sans rougeur des téguments, sans douleur ou avec une douleur insignifiante, sans troubles fonctionnels véritables. A ce point de vue, elle se distingue nettement de la ténosite vraie que nous étudierons en second lieu.

Distension d'une gaine tendineuse par un épanchement liquide, tel est à peu près l'unique phénomène qui se présente à constater ici. Cette distension s'accuse extérieurement par une intumescence, une saillie légère, une sorte de *bosselure*, laquelle a nécessairement pour caractère de se produire *sur le trajet d'un tendon*. — La tuméfaction constituée de la sorte suit le tendon dans une certaine étendue; elle reste habituellement bien circonscrite. — Elle est indolente; indolente d'abord spontanément (ce qui fait que les malades ne s'en plaignent pas et qu'elle peut facilement passer inaperçue du médecin); en second lieu, indolente même au palper, à la pression. — Elle ne s'accompagne non plus d'aucune coloration morbide des téguments, et c'est à peine si elle détermine une gêne très légère dans les mouvements dévolus aux tendons. — Enfin, elle est habituellement fluctuante; quelquefois néanmoins elle n'offre qu'une fluctuation obscure, vague, ou malaisément appréciable.

Comme siège, les hydropsies tendineuses de la période secondaire présentent une particularité curieuse. C'est leur prédilection marquée

pour les *tendons extenseurs des doigts*. Presque toujours, neuf fois sur dix, elles se produisent au dos de la main, sur la face postérieure du métacarpe. Elles occupent là les synoviales de l'extenseur commun des doigts ou de l'extenseur propre de l'auriculaire, plus rarement celles du court extenseur et du long abducteur du pouce. — Quelquefois encore je les ai observées sur le dos du pied, affectant les tendons extenseurs des orteils.

Unilatérales le plus habituellement, elles se présentent parfois doubles et symétriques. Tel était le cas, par exemple, d'une de mes malades qui portait à chaque main une hydropisie des gaines tendineuses métacarpiennes.

Ce sont là, par excellence, des lésions bénignes et peu persistantes. Je les ai toujours vues se résoudre d'une façon facile et rapide. Il est même inutile, comme l'expérience m'en a convaincu, de leur opposer une médication spéciale, topique. Le traitement interne leur suffit amplement, et je crois même qu'elles guériraient *sponte suâ*, sans traitement d'aucun genre.

**II. Synovites tendineuses.** — Très différentes comme physiologie, celles-ci se traduisent de la façon suivante :

Sur le trajet d'un tendon, soit dans sa continuité, soit plus souvent en un point voisin de son insertion sur le squelette, tuméfaction légèrement saillante, allongée comme forme, suivant exactement dans une étendue variable le trajet de ce tendon; — tuméfaction de caractère inflammatoire, douloureuse spontanément, douloureuse surtout au toucher ou dans les mouvements, se dessinant même parfois à la peau par une rougeur rubanée; — tuméfaction rarement fluctuante et ne fournissant guère en général que la sensation d'un empatement phlegmoneux; — troubles fonctionnels plus ou moins accusés, en relation avec les usages des muscles; mouvements volontaires toujours empêchés à des degrés divers, difficiles ou douloureux; mouvements imprimés éveillant une vive souffrance au siège de la lésion; — et enfin, comme dernier signe (mais celui-ci rare, exceptionnel même), sensation de « neige pilée ou d'amidon froissé entre les doigts », alors qu'on provoque le glissement du tendon dans sa gaine dépolie.

Ces divers symptômes sont ceux de toute ténosite, et ils ne diffèrent pas dans la syphilis de ce qu'ils sont dans toute autre maladie, notamment dans le rhumatisme blennorrhagique. Insistons même ici pour signaler au passage la très curieuse identité de symptômes objectifs qu'affectent ces ténosites secondaires de la syphilis avec les ténosites dérivant de la blennorrhagie.

L'affection, d'ailleurs, est d'intensité variable. Le plus habituellement elle s'en tient à un type subaigu, bénin et peu douloureux. Quelquefois cependant elle revêt une acuité réelle. L'inflammation locale

est alors assez vive; les douleurs deviennent comparables à celles d'un rhumatisme quelque peu intense; la peau se couvre d'une suffusion rosée ou même d'une rougeur « pelure d'oignon »; les téguments s'empâtent; le membre affecté s'immobilise par le fait de la souffrance. A ces symptômes locaux peuvent même s'ajouter, chez les sujets nerveux et excitables, quelques phénomènes peu durables de réaction générale (mouvement fébrile, inappétence, malaise, insomnie, etc.); cela toutefois est assez rare.

Comme *siège*, un trait curieux de ces lésions est de se porter avec une préférence marquée vers certains tendons. Ceux qu'elles affectent le plus fréquemment sont : en première ligne, les tendons extenseurs des orteils; — en seconde ligne, le tendon du biceps; — en troisième, les tendons péroniers et les tendons extenseurs des doigts.

On les rencontre encore, mais d'une façon bien moins commune, sur les tendons qui avoisinent l'articulation du genou, sur ceux de la patte d'oie, sur celui du long supinateur, sur le tendon d'Achille, etc.

La ténosite vraie est bien plus persistante que l'hydropisie simple des tendons. Elle se résout d'une façon plus difficile et plus lente. Aussi exige-t-elle presque toujours, indépendamment du traitement général, une médication topique, que rendent d'ailleurs indispensable les souffrances accusées par les malades.

Cette médication n'a pour objet le plus souvent que de calmer les douleurs. Elle ne consistera donc qu'en des applications sédatives (cataplasmes laudanisés, fomentations émollientes, liniments narcotiques, badigeonnages au salicylate de méthyle, enveloppements d'ouate, etc.). — Quelquefois cependant elle devra être antiphlogistique ou résolutive. C'est ainsi qu'en certaines circonstances l'indication se présente d'avoir recours soit aux ventouses scarifiées, qui m'ont semblé d'un excellent effet alors que l'inflammation locale est très vive, soit aux vésicatoires volants comme moyen de favoriser ou d'activer la résolution. — Il est bien rare que huit à dix ou quinze jours au plus de cette médication ne suffisent pas à délivrer complètement les malades.

**Formes frustes.** — *Éléments du diagnostic.* — Besoin est de spécifier ici qu'en nombre de cas les lésions tendineuses, au lieu de se présenter avec la physiologie nette et précise que je viens de décrire, restent bien moins définies comme expression symptomatologique, plus obscures, voire frustes et larvées. Cela, pour des raisons multiples et diverses : parce que, d'abord, tels ou tels de leurs symptômes (rougeur, tuméfaction, épanchement, etc.), peuvent n'être que médiocrement accentués ou se trouver masqués par un empatement œdémateux; — parce que, si peu qu'elles soient un peu profondes, elles ne se traduisent plus que par des signes plus ou moins