

mouvements il faudra exécuter pour obtenir la crépitation quand une gaine tendineuse quelconque sera le siège de la maladie dont il est question.

*Poignet.* — Les tendons de la région du poignet placés en dehors du ligament antérieur du carpe sont en dedans ceux du cubital antérieur, au milieu ceux du petit et du grand palmaire. Ces trois tendons sont enveloppés par une aponévrose qui se confond avec celle des muscles de l'avant-bras, et qui peut être supposée partir du cubitus et du pisiforme; dès ce moment elle se dédouble pour envelopper le tendon du muscle cubital antérieur et fournir une gaine à l'artère cubitale. Ses feuillettes se réappliquent au-devant des tendons fléchisseurs pour s'écarter de nouveau en enveloppant le tendon du palmaire grêle d'abord, et puis celui du grand palmaire; après quoi l'artère radiale reçoit une gaine à son tour; enfin, elle va se fixer sur le bord antérieur de l'apophyse styloïde du radius et se confondre avec la gaine fibreuse dans laquelle glissent le long abducteur et le court extenseur du ponce. Inférieurement, les fibres se rapprochent, se serrent, et semblent ainsi donner naissance au ligament annulaire antérieur du carpe, au-devant duquel le muscle épitrochlo-palmaire s'épanouit et se transforme pour ainsi dire en aponévrose, ce qui le fait paraître comme formé de deux couches. Ce ligament, fixé d'une part sur l'os pisiforme et la saillie de l'os crochu, de l'autre sur la crête du scaphoïde et du trapèze, se dédouble ici pour former une gaine au tendon du radial antérieur, qui va s'insérer sur l'extrémité supérieure du second métacarpien.

Tous ces tendons se meuvent indépendamment les uns des autres, puisqu'ils ont une gaine chacun en particulier. Ceux que renferme l'anneau carpien ne sont pas dans le même cas; le fléchisseur du ponce semble séparé des autres, et entraîne avec lui une portion de la bourse fibro-celluleuse qui les enveloppe tous. La membrane qui les

réunit d'abord en masse, puis chacun en particulier, tapisse tout l'intérieur du canal commun. Elle possède la plupart des caractères propres aux membranes synoviales: elle est lisse, polie et lubrifiée par un fluide synovial.

En arrière du poignet, sous la peau et la couche sous-cutanée, on trouve une aponévrose qui forme une arcade rubanée très forte, destinée à brider les tendons auxquels elle fournit différentes gaines; elle s'étend depuis l'apophyse styloïde du radius jusqu'à celle du cubitus: c'est le ligament annulaire postérieur du carpe; les canaux auxquels il donne naissance sont: 1° en arrière et en dehors une coulisse très forte pour les tendons du court extenseur, du long abducteur du ponce, qui se dirigent en bas et en dehors; quand une cloison sépare ce canal en deux, c'est le tendon de l'extenseur qui se trouve en arrière; 2° une autre coulisse qui descend perpendiculairement et qui renferme les tendons des radiaux externes qui divergent un peu vers leur point d'insertion; 3° toujours en arrière, et un peu plus en dedans, le canal fibreux qui enveloppe le tendon du long extenseur du ponce, et qui n'est complet qu'au-dessous du radius; 4° l'anneau carpien postérieur que traversent les tendons de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du doigt indicateur; ici la gaine synoviale a à peu près la même disposition que celle qui existe en avant pour les fléchisseurs; 5° une gaine pour l'extenseur du petit doigt qui se dirige un peu en avant; 6° entre l'apophyse styloïde et la tête du cubitus, une dernière coulisse pour le tendon du cubital postérieur; du côté de l'avant-bras ce ligament s'amincit graduellement, les fibres s'écarternt, et finissent en se continuant avec l'aponévrose; son bord inférieur se convertit en une lame fibro-celluleuse, très mince d'abord, mais qui s'épaissit ensuite en se portant vers la main.

Examinons maintenant la disposition des tendons des muscles à la région tibio-tarsienne.

Sur le cou-de-pied proprement dit, le doigt découvre de dedans en dehors : 1° un enfoncement qui sépare la malléole interne du jambier antérieur ; 2° une saillie due à ce tendon, lequel se dirige vers le premier cunéiforme où il s'insère ; 3° un second enfoncement qui le sépare du tendon extenseur propre du gros orteil ; quelquefois on remarque au côté externe, et dans la gaine de l'extenseur commun, le tendon du péronier antérieur. En dedans, on trouve 1° le relief malléolaire ; 2° une petite excavation au-dessous de sa pointe, excavation qui sépare le tendon du jambier postérieur de celui du jambier antérieur. Le tendon du jambier postérieur se trouve appliqué sur l'éminence malléolaire interne, et de là va s'insérer sur le scaphoïde. Un peu plus en arrière se voit le tendon du fléchisseur commun, qui n'appuie pas simplement sur la malléole à sa partie postérieure, mais bien sur l'articulation tibio et calcanéastro-agalienne, d'où il suit que sa phlegmasie sera plus grave. Le fléchisseur du gros orteil, conservant quelques fibres charnues, se trouve plus en arrière encore, hors des coulisses précédentes et dans la même gaine que les vaisseaux et le nerf. D'abord enveloppé d'un tissu cellulaire lamelleux assez souple, il s'engage bientôt aussi dans une gaine particulière, en croisant obliquement de derrière en devant et de dehors en dedans la face postérieure de l'astragale et les tendons sus-indiqués pour venir gagner la face inférieure de la petite tête du calcaneum ; en sorte que, sans avoir une membrane synoviale particulière, il finit par s'en former une aux dépens de celle du fléchisseur commun, ce qui fait, pour le dire en passant, que l'inflammation de l'une peut facilement se communiquer à celle de l'autre. Je n'en dirai pas davantage pour ce qui regarde ces tendons, car plus loin ils ne présentent plus d'intérêt pour le sujet qui nous occupe.

La gaine des deux derniers tendons, du fléchisseur commun et du fléchisseur propre du gros orteil, se trouve

quelquefois le siège de la maladie qui existe dans celle du court extenseur et long abducteur du pouce à l'avant-bras ; quelquefois dans les mouvements de flexion des orteils, on entend un bruit ou une espèce de craquement accompagné de douleurs et parfois de gonflement ; toutefois c'est moins fréquent qu'à l'avant-bras. En 1825, j'ai eu l'occasion d'observer cette crépitation douloureuse des tendons au pied sur un malade qui était à l'hôpital de la Faculté de Paris, alors que j'en étais le chef de clinique. Du côté de la malléole externe, les tendons des muscles péroniers latéraux, d'abord placés sur la face externe du péroné, dans la région antérieure de la jambe, se contournent graduellement en arrière ; le long péronier contourne le bord externe du pied, traverse obliquement la plante, placé dans une gouttière pratiquée sous la face inférieure du cuboïde, maintenu par le ligament calcanéocuboïdien inférieur, et vient ensuite se fixer en bas et en dehors de l'extrémité postérieure du premier os métacarpien. La coulisse qui renferme les deux péroniers latéraux ne paraît être qu'une suite du canal aponévrotique qui les maintient isolés à la jambe. La cloison intermédiaire, d'abord très mince, s'épaissit ensuite de telle sorte, qu'il est difficile de concevoir que le grand péronier latéral qui est en arrière puisse la rompre pour passer dans le canal du court péronier latéral. On a cependant observé plusieurs faits de ce genre, et j'en ai été témoin moi-même. Les membranes synoviales de ces deux coulisses communiquent ensemble de telle sorte que l'inflammation de l'une se communique facilement à l'autre. Les frottements répétés qu'exercent dans la marche ces tendons sur la face interne des gaines qui le contiennent les expose à cette crépitation dont je vous parle, et dont j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des exemples dans cette partie du membre inférieur.

*Causes de la crépitation douloureuse des tendons.* — La cause la plus commune est la tension forcée et souvent ré-

pétée des tendons; les violences extérieures la déterminent aussi quelquefois. Souvent il est impossible de reconnaître la cause de la maladie. Les professions dans lesquelles les muscles, et particulièrement ceux du pied et de la main, sont exercés avec énergie pendant un temps plus ou moins prolongé, sont celles qui produisent le plus souvent cette crépitation; c'est ainsi que les professions de buandière, de blanchisseuse, de scieur de blé, de faucheur, de vigneron, de moissonneur (1), forgeron, serrurier, menuisier, plâtrier, scieur de long, charron, maçon, se trouvent rangées en première ligne; de même que toutes les actions qui exigent une forte pronation ou une flexion prolongée et souvent répétée du poignet ou des doigts. Au pied, la maladie se rapporte à la fatigue, à une marche forcée, à une progression sur un sol inégal; on la rencontre souvent, en effet, chez les chasseurs, les militaires, les voyageurs, etc., enfin chez tous ceux qui fatiguent avec leurs pieds, comme ceux dont je vous ai parlé plus haut fatiguent avec leurs mains. Les exercices gymnastiques, l'action de frotter les appartements, produisent cette maladie au pied.

On a observé aussi cette affection chez un lutteur qui venait d'essayer la force de son poignet avec un autre, étant tous deux assis, l'un des coudes de chaque adversaire appuyé sur une table et rapprochés à trois ou quatre pouces, les mains engagées l'une dans l'autre, se tenant les pouces par leur base, et chacun cherchant dans cette position à renverser la main de son adversaire dans la supination par des efforts opposés à la pronation.

(1) M. Gaube, dans l'article qu'il a publié dans la *Gazette médicale* (1835) a parfaitement expliqué la manière dont la maladie survient chez les moissonneurs. En effet, au temps de la coupe des blés, les moissonneurs sont très souvent atteints de cette affection, qui paraît déterminée par la fréquence des contractions forcées des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts, et par celle des abducteurs et extenseurs agissant sur des corps saisis à trop pleine main.

Le siège du mal n'est plus la partie antérieure et inférieure du poignet, si les efforts ont été faits en portant la main en supination forcée, le doigt et le pouce étendus dans l'abduction, comme cela arrive chez les blanchisseurs et les blanchisseuses. Chez ces personnes, en effet, on observe la maladie en dehors et en arrière, dans le trajet des gaines de tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce.

Les coups portés à faux avec un instrument sur un corps très dur amènent souvent un retentissement pénible dans les tendons du poignet, et peuvent produire la maladie. C'est ainsi que les maréchaux ferrants y sont très exposés; l'action de limer le fer la produit également; aussi la rencontre-t-on souvent chez les serruriers. Les faiseurs de mottes sont bien certainement ceux qui en sont le plus fréquemment atteints: on sait combien cet état fatigue le poignet. Les relicurs, les bourrelliers, les charpentiers, les fagoteurs y sont également très sujets.

Il est très probable que cette maladie existe ailleurs que dans les régions que je vous ai citées, au poignet et au pied. Elle peut se manifester dans tous les points où des tendons, glissant dans des coulisses synoviales, subissent des tensions très fortes et des frottements inaccoutumés. M. Poulain, dans son mémoire, a cité une observation d'un individu qui paraît avoir eu une crépitation dans la gaine de la longue portion du muscle biceps à l'humérus. Cette crépitation en avait imposé à plusieurs personnes pour une fracture du col chirurgical de l'humérus. La maladie était due à un coup violent qui avait été porté sur la partie supérieure et antérieure du bras. Après six jours, la crépitation était disparue sous l'influence des émollients et des résolutifs.

On observe encore cette crépitation des tendons dans la gaine des fléchisseurs des doigts au poignet, et même dans celle des doigts à leur face palmaire. En 1851 et

1852, j'ai observé deux femmes qui étaient atteintes de cette maladie dans les coulisses tendineuses qui se trouvent au-devant des phalanges.

*Symptomatologie.* — Il y a d'abord un gonflement ordinairement très sensible, mais rarement considérable; quelquefois même il est si peu apparent, qu'on ne l'aperçoit qu'en examinant les parties avec beaucoup d'attention. La douleur est généralement peu vive quand on ne fait pas exécuter de mouvements; dans certains cas, même, il n'y en a pas du tout; mais aussitôt que le malade cherche à fléchir ou à étendre la partie affectée, ou si le chirurgien la presse ou fait exécuter à l'articulation des mouvements de flexion, d'extension ou de latéralité, les douleurs paraissent ou augmentent. La chaleur est généralement peu forte ou nulle; la tumeur est allongée ordinairement et suit la direction de la gaine qui est le siège du mal. La crépitation est le phénomène le plus remarquable que présente cette lésion. Elle en est en effet le symptôme pathognomonique. Lorsque le chirurgien fait exécuter au membre des mouvements de flexion, d'extension ou de latéralité avec une de ses mains, l'autre restant appliquée sur la partie qui en est le siège, il sent une espèce de crépitation qui ressemble quelquefois à celle que l'on entend à l'aide de l'auscultation dans la première période de la pneumonie. Cette crépitation est quelquefois assez forte pour ressembler à celle qui résulte du frottement de deux fragments osseux. C'est cette crépitation portée à ce degré qui a dû en imposer à quelques praticiens pour une fracture. Il est rare toutefois qu'elle soit portée aussi loin; ordinairement elle est faible, et, comme je vous l'ai dit en commençant, elle ressemble au bruit que produit l'amidon quand on le presse entre les doigts, ou à celui de la neige gelée sur laquelle on marche.

Cette maladie pourrait être confondue avec les tumeurs hydatiques; mais au poignet, cette dernière maladie se rencontre ordinairement à la partie antérieure du poignet,

où elle constitue deux tumeurs, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du ligament antérieur du carpe, tumeurs qui communiquent entre elles et offrent une fluctuation évidente. Du reste, dans les tumeurs hydatiques, la forme est très régulière, il y a à peine de la douleur, la marche de la maladie est beaucoup plus lente, et les causes bien souvent ignorées. On y observe, il est vrai, de la crépitation; mais on reconnaît toujours qu'on n'a point affaire à la maladie crépitante des tendons si elle ne disparaît pas, ou au moins ne diminue pas en peu de jours, sous l'influence des émollients, des résolatifs ou de la compression.

On ne confondra point cette affection avec celle qui est connue sous le nom de *ganglion*; car cette maladie siège ordinairement à la partie postérieure du poignet; la tumeur qu'elle forme est arrondie, presque indolente à la pression, plus ou moins mobile, circonscrite, et elle s'est développée lentement.

Quant aux hydropisies des gaines tendineuses, elles sont caractérisées par la présence de la fluctuation bien manifeste sur leur trajet, et par un gonflement beaucoup mieux limité. Il n'y a pas d'ailleurs de crépitation.

Les caractères propres aux tumeurs lipomateuses, cancéreuses, aux tumeurs blanches, aux luxations, ne permettent pas de les confondre avec la maladie crépitante des tendons.

Les entorses pourraient en imposer dans quelques circonstances pour la crépitation douloureuse des tendons. Dans certaines entorses, en effet, on observe une sorte de crépitation; mais peut-être dans ce cas y a-t-il en même temps complication de la maladie dont nous nous occupons. En effet, on remarque dans ces cas une tuméfaction plus ou moins considérable au-devant de quelque tendon à gaine. Au surplus une erreur serait peu grave en cette circonstance, car le traitement est le même dans les deux affections.

La maladie qui a pu être le plus souvent confondue avec la crépitation douloureuse des tendons, c'est la fracture de l'extrémité inférieure du radius quand il s'agit de l'avant-bras. C'est le cas que j'ai observé à l'hôpital de Tours en 1818.

La crépitation douloureuse des tendons, ou *laï*, comme le remarquent les paysans, et ainsi que je vous l'ai dit, s'annonce par un peu de douleur quand les malades exécutent des mouvements, et quelquefois, mais rarement, dans l'état de repos. Bientôt paraît la tuméfaction, avec les caractères que je lui ai assignés. La maladie reste stationnaire pendant un temps assez variable; quelquefois pendant six ou huit jours seulement, d'autres fois pendant vingt ou trente jours, rarement davantage. Cependant on a vu des individus ne pouvoir reprendre leurs occupations qu'après deux mois de durée de la maladie. La terminaison est presque toujours heureuse; quelquefois cependant elle a lieu par l'hydropisie des gaines des tendons; très rarement, ce qui est d'ailleurs fort heureux, par exhalation ou sécrétion de pus. Enfin, dans quelques circonstances, j'ai vu arriver une dégénérescence fongueuse des coulisses tendineuses, absolument semblable à celle des articulations dans certaines arthropathies. J'ai observé ce fait à la face palmaire des doigts et au poignet. On conçoit que cette terminaison est très dangereuse.

Cette phlegmasie peut donc, comme celle de toutes les membranes séreuses, exister à tous les degrés, et sous toutes les nuances offrir un épanchement de fluide synovial, séreux, purulent, de matière plastique, etc., ou bien ne présenter aucun épanchement; et c'est dans ce cas qu'a lieu le bruit de crépitation qui caractérise la maladie.

Quelle est la nature et le siège précis de cette affection? Boyer pensait que la maladie siégeait dans le tissu cellulaire qui entoure les muscles. Cette opinion n'est pas admissible maintenant: il suffit d'avoir observé cette maladie

deux ou trois fois avec attention pour être persuadé que ce n'est pas le tissu cellulaire, mais bien la gaine fibro-synoviale, qui en est le siège. En effet, la crépitation ne se fait point sentir au milieu ou à la partie supérieure de l'avant-bras, mais bien à la partie inférieure et dans les points correspondants aux coulisses. Est-ce la partie fibreuse de ces gaines qui est le siège du mal? Cela n'est pas probable non plus, car pour obtenir la crépitation il faut faire glisser le tendon dans sa gaine, et la pression sur le trajet de la coulisse ne fait sentir cette crépitation que très incomplètement. C'est, je pense, la membrane synoviale qui tapisse la coulisse qui est le siège de la maladie. Les mouvements fréquents et violents des tendons amènent dans cette membrane une irritation qui provoque la sécrétion d'une plus grande quantité de synovie. L'inflammation survenant alors, la synovie cesse d'être sécrétée, et à sa place se fait un épanchement de matière plastique qui a lieu à la fois en dehors et en dedans de la membrane synoviale; il y a alors sécheresse et rugosité légère de la surface interne de cette membrane. De là le sentiment de crépitation dans les mouvements et à la pression. L'inflammation de la synoviale amène un afflux de liquides dans les tissus environnants qui participent plus ou moins à son inflammation; de là, la tuméfaction des parties qui sont sur le trajet des gaines tendineuses, et la rougeur de la peau, qui peut participer aussi plus ou moins à cette inflammation (1).

(1) Peut-on admettre avec M. Lobstein que la petite quantité de gaz qui se trouve toujours disséminée dans toutes les mailles du tissu synovial dans l'état sain, et qui est dans la partie externe des gaines séreuses, soit augmentée dans cette circonstance et produit la crépitation? C'est ce qu'il est bien difficile d'affirmer. Néanmoins, si on songe aux exhalations gazeuses subites ou à peu près subites qui ont lieu quelquefois dans diverses parties des corps à la suite de certaines traactions ou violences, et comme il est arrivé de le remarquer par exemple à la suite des réductions de luxations de l'humérus, cette opinion pourrait bien ne pas paraître si extraordinaire et si déraison-

Du reste, cette phlegmasie peut, comme celle de toutes les membranes séreuses, exister à tous les degrés et sous toutes les nuances, offrir un épanchement de fluide synovial, de sérosité, de pus, de matière plastique, ou bien ne présenter aucune espèce d'épanchement; et c'est dans ce cas qu'a lieu le bruit de crépitation qui caractérise la maladie. N'y a-t-il pas analogie alors avec ce qui se passe dans certaines inflammations des membranes séreuses, du péritoine, du péricarde, par exemple, alors qu'il n'y a point encore d'épanchement, et que la membrane enflammée fait entendre un bruit, une crépitation de nature particulière, qu'on a cherché même à caractériser sous le nom de *bruit de cuir neuf*? Envisagée de cette manière, l'histoire de la maladie crépitante des tendons devient beaucoup plus claire.

On ne peut affirmer positivement, messieurs, que les choses se passent absolument comme je vous l'ai dit; car l'anatomie pathologique ne nous a point éclairé sur la nature intime de cette maladie. Elle n'est pas assez grave pour produire la mort, et il faudrait, pour avoir des idées bien arrêtées à ce sujet, qu'un individu qui en serait affecté vint à mourir d'une autre maladie. Jusque là nous sommes obligés de nous borner à des conjectures.

*Traitement.* — Les remèdes, messieurs, ont généralement peu d'action sur cette maladie; ils n'entraient guère sa marche. J'ai successivement employé les sangsues, les émoullients, les résolitifs, et je n'ai pas vu que ces moyens aient abrégé sa durée d'une manière notable. Un seul remède m'a semblé d'une efficacité réelle: c'est la compression aidée des résolitifs. Je ne veux pas dire cependant que les autres moyens soient absolument inutiles. Lorsque la maladie est récente, qu'il y a douleurs vives, rougeur de la peau, chaleur, etc., etc., une ou plusieurs applications de sangsues,

nable. Pourquoi une tension violente des tendons ne déterminerait-elle pas dans leurs gaines synoviales une exhalation de gaz, comme cela se voit dans le tissu cellulaire?

au nombre de douze, quinze ou vingt, les cataplasmes et les bains locaux émoullients ne peuvent qu'être avantageux. Lorsque l'affection est plus légère, quelques compresses résolitives d'eau blanche, d'eau-de-vie camphrée, suffisent ordinairement. Mais la compression est surtout très efficace dans ces cas. On applique un bandage compressif fait avec une bande trempée dans un liquide résolutif. On pourrait employer le bandage dextriné comme pour le cas de fracture, afin de rendre la compression plus exacte et par conséquent plus efficace. Il est bien entendu que le malade doit maintenir son membre dans le repos le plus absolu pendant la durée de la compression.

Quand la maladie est passée à l'état chronique, on a recours alors au traitement des maladies chroniques des articulations; c'est dans ce cas qu'on emploie surtout avec avantage les vésicatoires.

S'il s'est fait un épanchement considérable dans les gaines tendineuses, il faut se garder d'y pratiquer une ponction pour l'évacuer; car d'une maladie qui est ordinairement légère, on en ferait une maladie extrêmement dangereuse. Il faut avoir recours aux frictions avec des liqueurs résolitives, faire des embrocations avec l'huile camphrée, l'eau-de-vie et le savon, le baume opodeldoch, les liniments alcalins, etc., et surtout employer les vésicatoires.

Obs. I (1). — Une femme âgée de trente ans environ, employée à la buanderie de l'hôpital de la Pitié, fut admise dans les salles de M. Velpeau au mois de décembre 1854. Elle s'était fatiguée plus que de coutume à tordre du linge. Depuis trois jours elle souffrait du poignet droit. Une tuméfaction légère avec un peu de rougeur à la peau existait à la partie inférieure de l'avant-bras, et se dirigeait en se contournant comme en spirale à l'extrémité du radius,

(1) Observation recueillie par M. Poulain.

depuis l'apophyse styloïde de cet os ou la racine du pouce jusqu'au tiers moyen de la face postérieure de l'avant-bras. En embrassant et en comprimant doucement la tumeur avec une main, pendant que de l'autre on faisait mouvoir le pouce, et même par la simple pression, on sentait la crépitation tout le long de la gaine des tendons court extenseur et long abducteur du pouce. La douleur, peu prononcée par elle-même, devenait assez vive au moment de cette manœuvre. Une compresse graduée et un bandage roulé furent appliqués et souvent imbibés de liqueurs résolatives. On renouvela ce bandage trois fois, et la malade put reprendre ses occupations au bout de six jours.

OBS. II (1). — Un homme âgé de quarante-cinq ans, robuste, d'une courte stature, plâtrier, vint à la Charité à la fin de mars 1855 consulter M. Velpeau pour une douleur qu'il avait au poignet. La maladie datait de quatre jours. Le gonflement occupait la moitié inférieure du bord externe de la face postérieure de l'avant-bras droit, et s'étendait jusqu'à la racine du pouce. La crépitation s'entendait, et dans le trajet des tendons du court extenseur et du long abducteur du pouce, et dans celui du long extenseur de ce même doigt et le long des radiaux, et même sur la ligne de l'extenseur commun, depuis la partie la plus élevée de la tuméfaction jusque sur la face dorsale du métacarpe. M. Velpeau déclara n'avoir jamais vu la maladie avec une crépitation aussi étendue. Du reste, le malade, qui souffrait à peine pendant le repos, ne pouvait fléchir ni les doigts ni le poignet sans éprouver aussitôt une assez vive douleur. On le soumit au même traitement que la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, et le résultat en fut aussi prompt et aussi satisfaisant.

OBS. III (2). — Une paysanne de quarante-huit à cin-

(1) Observation recueillie par M. Poulain.

(2) Observation recueillie par M. Poulain.

quante ans, faisant habituellement un exercice très modéré, et surtout marchant peu, fit un jour plusieurs lieues, ayant à ses pieds des sabots. Vers la fin du jour, elle se coucha, se plaignant seulement d'une grande fatigue. Le lendemain matin, ne souffrant nullement elle voulut descendre de son lit; mais dès le moindre mouvement, elle éprouva quelques douleurs vers le cou-de-pied droit. Elle y porta la main et s'aperçut qu'il était gonflé. Aussitôt elle me fit venir et demanda mon avis. J'examinai la tumeur qui était placée au milieu du cou-de-pied, et s'allongeait vers la région antérieure de la jambe; j'obtins avec facilité dans cette tumeur une crépitation manifeste dans les mouvements d'extension et de flexion. Elle m'assura ne point avoir reçu de coup. Il n'y avait en effet aucune trace de contusion; la peau était simplement un peu chaude. Pour tout commémoratif que j'aie pu recueillir, c'est qu'au commencement de sa marche elle avait fait un faux pas qui l'avait fait tomber sur les genoux et sur les mains. Je lui prescrivis de garder le repos; j'élevai le pied, et je le comprimai méthodiquement. Deux jours après, la malade se leva, et au bout de six jours tout avait entièrement disparu.