

*Bibliothèque numérique*

medic@

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Secretan (maladie de)**

**SECRETAN, Henri. - Oedème dur et  
hyperplasie traumatique du  
metacarpe dorsal**

*In : Revue médicale de la Suisse romande, 1903,  
Vol. 21, pp. 240-5*

mois après l'inoculation. Vingt-six mois après celle-ci nous avons sacrifié les trois lapins. A l'autopsie des deux lapins énucléés nous n'avons pu constater aucune trace de tuberculose généralisée; l'injection de leur sang dans la chambre antérieure d'un lapin est restée sans résultat, ce qui prouve que ces animaux n'étaient pas tuberculeux, car Baumgarten a prouvé que le sang des animaux tuberculeux injecté dans la chambre antérieure d'un lapin provoque chez celui-ci la tuberculose oculaire. Chez le troisième lapin non énucléé, nous avons constaté à l'autopsie de nombreux tubercules dans les poumons et dans les organes abdominaux.

### *Conclusions*

1° Nous croyons avoir prouvé que l'humeur aqueuse des yeux tuberculeux injectée aux lapins provoque chez eux la tuberculose de l'iris et que par conséquent l'humeur aqueuse contient le bacille de Koch.

2° Le seul traitement efficace pour le moment contre la tuberculose oculaire expérimentalement prouvée, c'est l'énucléation.

### **Oedème dur traumatique**

Par le D<sup>r</sup> Henri Secrétan.

En désignant sous le nom d'oedème dur le gonflement persistant consécutif aux contusions, nous n'avons pas eu la prétention d'introduire une notion nouvelle dans la pathologie. Chacun savait que les contusions donnent souvent lieu à une infiltration étendue des tissus par rupture sous-cutanée plus ou moins importante des parties molles, mais ce que l'assurance nous a appris, c'est la persistance extrême de l'induration.

Nous avons déjà dit<sup>1</sup> pourquoi la clinique n'a pas insisté sur cet élément, capital en assurance, de la durée de la lésion. Les sinistrés atteints de contusions simples ne sont jamais soignés dans les hôpitaux. Dans la clientèle ordinaire, le médecin n'a pas l'occasion de revoir souvent des blessés qu'il a rassurés sur leur état et qui n'ont aucun intérêt à multiplier les consulta-

<sup>1</sup> Voir cette *Revue*, juillet 1901, p. 409.

tions. Le blessé remarque d'ailleurs que l'enflure et les troubles fonctionnels s'atténuent graduellement et il n'insiste pas. L'assuré au contraire a souvent le désir de chômer jusqu'à guérison parfaite. En Suisse surtout, où le salaire de chômage est identique au salaire de travail, il cherche à faire valoir un résidu traumatique jusqu'à épuisement.

Dans les pays où l'assuré ne touche que la moitié ou les deux tiers de son salaire de travail, le médecin ne constate la lésion que jusqu'au moment où elle ne gêne plus sérieusement le travail, c'est-à-dire très longtemps avant la restitution parfaite.

C'est donc particulièrement en Suisse que le médecin d'assurance a l'occasion de suivre pendant toute sa durée l'évolution des infiltrations traumatiques consécutives aux contusions simples et l'expérience montre que cette durée dépasse d'un temps extrêmement considérable les prévisions de la clinique.

Si vous présentez à un clinicien un foyer d'infiltration traumatique datant de quelques jours, il pourra très bien arriver qu'il vous dise : « Il s'agit là d'une contusion qui a déterminé une effraction de tissus sous la peau. Le gonflement et l'induration sont produits par un épanchement séro-sanguin interstitiel et par le travail de réparation qu'appelle la déchirure. Vous me montrez là une lésion banale *qui ne durera pas longtemps.* »

Nous convenons qu'il s'agit d'une lésion banale, mais l'assurance nous montre que cette lésion banale dure au contraire extrêmement longtemps, qu'elle ne dure pas quelques jours, ni quelques semaines, mais plusieurs mois.

Dans un cas récent de contusion de l'avant-bras, l'induration a duré six mois et nous n'avons pu mettre un terme au chômage que par un paiement anticipé. Or le cas avait été considéré comme sans importance et les médecins qui l'ont constaté se sont trompés du tout au tout *sur sa durée.*

Si donc l'induration traumatique des contusions a une importance de premier ordre pour l'assurance, elle en a aussi pour la clinique. Si le médecin se trompe sur le pronostic de durée, il pourra lui arriver en constatant la lésion au bout de trois mois ou de modifier son diagnostic du début, qui était pourtant exact, ou d'attribuer la durée de l'induration à des manœuvres dolosives destinées à entretenir le gonflement.

Or, on constate que l'induration est aussi persistante chez les non-assurés que chez les assurés. La simulation est donc exclue.

L'expérience montre en outre que toutes les indurations traumatiques étendues, consécutives aux contusions simples, ne se résolvent qu'avec une extrême lenteur.

Le seul élément nouveau que l'assurance ait apporté dans la question, c'est celui de la durée. Mais le pronostic de la durée a une importance pratique capitale pour l'assurance, et l'ignorance de cette notion entraîne dans le cours de la lésion des fautes de diagnostic dont nous avons chaque jour des exemples frappants. Il n'est donc pas inutile de reprendre ce sujet et de le compléter par de nouvelles observations.

Les contusions peuvent ne déterminer que des ecchymoses sans gonflement manifeste des tissus. Ces contusions du premier degré, si l'on veut, déterminent des lésions très passagères qui n'ont aucune importance.

Mais quand la contusion provoque une infiltration étendue de la peau et des tissus sous-jacents qui se traduit par une saillie très apparente, la résolution est extrêmement lente. C'est à cette plaque saillante, molle et élastique au début, très résistante ensuite, que nous avons donné le nom d'*œdème dur*.

L'œdème dur est le résidu extrêmement persistant des contusions du second degré qui s'accompagnent d'un épanchement interstitiel abondant.

Le métacarpe dorsal est le lieu d'élection de l'œdème dur traumatique, parce que les mains sont le plus exposées aux contusions, parce que l'enflure de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané appliqués directement sur un plan dur, est plus nettement dessinée que dans les régions où la peau recouvre des masses musculaires. L'œdème dur est également très apparent sur le métatarse dorsal. Comme cet œdème, qui devient dur au bout de quelques jours, repose presque immédiatement sur un plan osseux, il est naturel qu'on le mette en relation causale avec les os sous-jacents, mais on constate les mêmes phénomènes dans d'autres régions que le métacarpe ou le métatarse.

En voici deux exemples : <sup>1</sup>

Obs. I. — M. a le genou droit serré par un bloc de pierre contre un mur. Il se présente à moi le lendemain avec un œdème diffus de la por-

<sup>1</sup> J'ai présenté ces deux cas à MM. les Drs Vulliet et Senn.

tion interne du genou, qui garde l'empreinte du doigt. Pas d'épanchement dans l'articulation.

Peu à peu la plaque œdémateuse devient dure et forme une proéminence apparente à la vue, du volume de la moitié d'une grosse pomme. La plaque indurée épaisse qui résulte de l'infiltration de la peau et du tissu cellulaire est bien délimitée. On peut la saisir entre les doigts et la faire mouvoir sur les plans profonds. Nous avons constaté ici comme pour d'autres localisations la persistance de l'induration, qui était encore très marquée au bout de six semaines. Le sinistré est retourné non guéri en Italie. L'articulation était parfaitement indemne.

Obs. II. — C. reçoit le 30 octobre le choc d'une pierre sur l'avant-bras gauche près du coude. Je constate quelques écorchures et une enflure diffuse marquée surtout à la partie antéro-externe. Il se forme quelques ecchymoses dans le voisinage. La partie antéro-externe de l'avant-bras reste dure, saillante. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont infiltrés et forment une plaque de 10 cm. de long sur 5 de large, épaisse, qu'on peut saisir entre les doigts et mouvoir sur les plans profonds. Il s'agit encore ici d'un œdème dur traumatique persistant. Mais dans ce cas l'œdème n'a aucune relation de contiguïté avec le plan osseux, dont il est absolument indépendant. Cette plaque indurée est encore très apparente le 29 janvier. Le travail n'a été repris qu'à la fin de février, après de nombreuses expertises.

Par la cause, la forme et la durée de la lésion, ces deux cas sont identiques à ceux d'œdème dur traumatique du dos de la main.

Depuis notre premier article, nous avons constaté 22 cas d'œdème dur persistant du métacarpe dorsal. La radiographie a toujours montré l'intégrité du squelette, même dans les cas les plus graves qui ont duré plus de cinq mois. Tous ces cas se sont guéris sans laisser de dommage permanent, avec restitution parfaite des tissus.

Comme on n'avait pas jusqu'ici insisté sur la durée des contusions du second degré, je dois dire que le diagnostic des médecins traitant a été généralement inexact. Presque tous ces cas nous ont été envoyés comme étant des fractures du métacarpe. Un de nos collègues n'a voulu admettre qu'il s'agissait d'une contusion simple qu'après avoir vu de ses propres yeux la radiographie de la main qu'il avait soignée. Dans un cas, le médecin traitant a fait une incision exploratrice inutile. C'est donc sur cette lésion banale qu'il faut insister, puisqu'elle donne encore lieu régulièrement, malgré sa fréquence, à des erreurs graves de diagnostic, de pronostic et de traitement.

Il faut séparer nettement ces cas courants dont le pronostic, malgré la durée, est *toujours bénin*, de cas graves où une contusion du métacarpe a déterminé un dommage permanent. Ces derniers sont des curiosités pathologiques qui ont un grand intérêt scientifique, mais qu'on ne rencontre presque jamais. Je n'en ai vu qu'un seul exemple que j'ai décrit dans un précédent article et le Dr Borchard en a signalé un autre<sup>1</sup>. Ces contusions du troisième degré, qui déterminent un néoplasme cicatriciel permanent, sont donc des raretés négligeables en pratique.

Ce qui importe, c'est de savoir que l'infiltration traumatique simple consécutive aux contusions a une durée qui dépasse toujours les prévisions de celui qui n'est pas prévenu.

Il ne faut pas confondre la plaque indurée avec un cal osseux ou un néoplasme pathologique. Il faut savoir que toutes les fois qu'un sinistré se présente avec le dos de la main notablement enflé à la suite d'une contusion, on peut être sûr que l'enflure persistera plusieurs semaines au moins. C'est une règle à laquelle nous n'avons jamais vu d'exception. La durée de la lésion est proportionnelle en général au volume de la tumeur.

Nous ne reviendrons pas sur les symptômes déjà décrits<sup>2</sup>.

Nous devons dire qu'on peut constater au début des ecchymoses qui disparaissent bientôt.

Dans quelques cas, l'induration est très limitée et forme une saillie très dure, arrondie près de la base des métacarpiens. Ce gonflement paraît plus profond, sous-tendineux. J'en ai observé quatre cas où la tumeur très persistante siégeait à la base des métacarpiens, sans lésion des os.

Il y a des cas où une contusion très violente ne détermine pas d'infiltration persistante de la peau, mais un gonflement profond diffus. Je soigne un assuré qui a eu le pied pris sous un rail. Ce pied est resté plus épais surtout au niveau du tarse depuis deux mois, mais la peau est souple, mince et il n'y a pas d'œdème dur.

En résumé, nous appelons œdème dur le résidu traumatique persistant que laissent les contusions qui s'accompagnent d'une infiltration abondante de la peau et du tissu cellulaire. On peut le rencontrer dans d'autres régions qu'à la main ou au pied,

<sup>1</sup> *Monaschrift für Unfallheilk. und Invalidenwesen*, 1903, N. 2.

<sup>2</sup> H. Secrétan. *Loc. cit.* — H. Vulliet. *Centralblatt für Chirurgie*, 1902. N° 43.

mais il est particulièrement fréquent et très apparent au dos de la main.

La fréquence de l'œdème dur traumatique du métacarpe dorsal, ses signes bien définis, sa durée, enfin les troubles fonctionnels qu'a entraînés les erreurs de diagnostic auxquelles il peut facilement donner lieu, nous semblent justifier la place à part que nous avons tenté de lui faire dans le chapitre des contusions.

### Une nouvelle table pour diagnostic et massage gynécologiques dans la position déclive.

par le Dr OSCAR BEUTTNER

Privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Genève.

Le premier qui ait utilisé la position déclive dans un but de diagnostic gynécologique, fut le prof. Freund<sup>1</sup>, de Strasbourg, en 1880. J'ai moi-même<sup>2</sup>, en 1898, par un petit article publié dans cette *Revue*, attiré l'attention des médecins sur les avantages de la position déclive pour le massage gynécologique. A la fin de ce travail, je dis textuellement :

« Si nous nous demandons pourquoi l'examen gynécologique en position déclive ne s'est pas généralisé, et pourquoi le massage gynécologique dans la position de Trendelenburg est peut-être menacé du même sort, la réponse n'est pas difficile à donner.

« Il est certain que l'on n'a jamais mis en doute la valeur du procédé en question; l'avantage de celui-ci, ainsi que l'ont démontré les expériences de contrôle de Freund, de Stroynowski<sup>3</sup> et les miennes, est très appréciable; en réalité, si cette méthode n'est pas entrée dans la pratique de tous les médecins, on doit l'attribuer au fait qu'en général, dans les lieux de consultation des praticiens, il n'y a pas de table propre à permet-

<sup>1</sup> FREUND-LENTZ. Contribution à l'examen gynécologique en suspension. Strasbourg 1880.

<sup>2</sup> O. BEUTTNER. Du massage et du diagnostic gynécologique dans la position déclive, avec recherches critiques. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1898, n° 4.

<sup>3</sup> STROYNOWSKY. La position de Trendelenbourg appliquée à l'examen gynécologique. *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, n° 2.