

Le traitement vraiment chirurgical comprend : l'extirpation, l'énucléation, la cautérisation, enfin l'amputation.

L'extirpation est un procédé radical, offrant de grands inconvénients quand la tumeur fait corps avec le nerf et que celui-ci est volumineux. L'opération ne peut se faire, en effet, sans exciser une certaine longueur du nerf, ce qui entraîne des paralysies persistantes. Dans tous les cas, la tumeur mise à nu, ou devra sectionner tout d'abord le nerf au-dessus d'elle pour éviter des souffrances au malade ; de plus, toutes les fois que ce sera possible, on devra tenter la suture du nerf excisé, quoique les résultats obtenus jusqu'ici ne soient pas très-encourageants, au point de vue du rétablissement des fonctions physiologiques.

L'énucléation est indiquée toutes les fois que la tumeur est superficielle et que le nerf placé à la surface de la production morbide peut être ménagé (Velpeau, Bonnet, Paget, Bickersteeth).

La cautérisation (Siebold, Legrand du Saulle) est un très-mauvais procédé.

L'amputation est un moyen extrême, rejeté par Follin, qui cependant devient nécessaire dans un certain nombre de cas (Nélaton, Hancock, etc.).

Avant d'y avoir recours on doit essayer la résection du nerf au-dessus de la tumeur, opération qui trop souvent n'est que palliative, les douleurs reparaisant plus ou moins vite, avec une égale intensité.

Le traitement des névrômes ou pseudo-névrômes généralisés est jusqu'ici entièrement nul, tout au plus peut-on enlever les tumeurs les plus douloureuses.

Notons enfin que l'extirpation de la tumeur n'assure pas toujours la guérison, en ce sens que la production pathologique peut récidiver et se généraliser par exemple lorsqu'il s'agit d'un myxôme ou d'un sarcome des nerfs.

BIBLIOGRAPHIE. — Boerhaave, *Prælectiones academicæ de morbis nervorum*, Leyde, 1761. — Cheselden, *The anatom. of human body*, 10^e éd., 1768, p. 258. — Odier, *Manuel de méd. pratique*, 1^{re} éd., Genève, 1803. — Alexander, *De tumoribus nervorum*, Leyde, 1810. — Bayle et Cayol, *Dict. en 60 vol.*, t. III, p. 622, 1812. — Aronssohn, *Obs. sur les tum. dével. dans les nerfs*, th. de Strasbourg, 1822. — Descot, *Dissert. sur les aff. locales des nerfs*, Paris, 1825. — Ollivier, *Dict. en 30 vol.*, 1839, t. XX, p. 449. — R. Smith, *Treat. on the path. diagn. and treat. of neuroma*, Dublin, 1849. — Facieu, *Dissert. sur le névrôme*, etc., th. de Paris, 1851, n^o 209. — Giraudet Ste-Agathe, *Des diverses tum. des nerfs*, Ibid., 1852, n^o 184. — Houel, *Mém. sur le névrôme*, etc., in *Mém. de la*

Soc. chirurg., 1853, t. III, p. 250. — Lebert, *Rapport sur le mémoire de Houel*, in *Mém. de la Soc. chirurg.*, 1853, t. III, p. 277. — Kupferferg, *Beitrag z. path. anat. d. Geschw. im Verlaufe d. Nerven*, Mainz, 1854. — Führer, *Neurombildung und Nervenhypertrophie*, in *Arch. f. phys. Heilkunde*, 1856, s. 248. — Weissmann, *U. Nervenbildung in einem Neurom in Zeitschr. f. Rat. med.*, 1859, R. III, Bd. VII, s. 209. — Wolkmann, *U. ein Faust grosses, ulcerirtes Neurom, etc.*, in *Virchow's Arch. f. path. Anat.*, 1857, Bd. XII, s. 27. — Verneuil, *Obs. pour servir à l'hist. des alt. locales des nerfs*, in *Arch. g. de méd.*, 1861, t. XVIII, p. 540. — V. Cornil, *Sur la prod. des tum. épithél. dans les nerfs*, in *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1864, t. I, p. 183. — Leboucq, *Des névromes*, th. de Paris, 1865, n^o 85. — O. Weber, *Von den Geschw. an der Nerven, etc.*, in *Handb. d. allg. u. speciell. Chirurg.* von Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 2, L. 1, s. 225, Erl., 1865. (Bibliogr.). — R. Virchow, *Pathologie des tumeurs*, t. 1 (15^e leçon), (trad. française par Aronssohn), Paris, 1867. — P. Tillaux, *Des aff. chir. des nerfs*, 2^e partie, p. 111, th. d'Ag. en chirurgie, Paris, 1866. — Caizergues, *Du névrôme. obs. et répl. e.*, th. de Montpellier, 1867, n^o 63. — Margerin, *Du névrôme plexiforme et des név. en général*, th. de Paris, 1867, n^o 64. — L. Labbé et Legros, *Et. an. de trois cas de névromes*, in *Journ. d'an. et de physiol.*, 7^e année, p. 71, 1870-71. — Foucault, *Essai sur les tumeurs des nerfs mixtes*, th. de Paris, 1872, n^o 84. — G. Rumen, *Essai sur les névromes*, Ibid., 1875, n^o 252. — Consulter en outre la Bibliographie des Névrômes vrais, p. 325, et les classiques.

CHAPITRE IX

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES MUSCLES

ART. 1^{er}. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MUSCLES.

Nous passerons en revue les *contusions*, les *plaies*, les *ruptures*, le *diastasis* et les *hernies* des muscles de la vie de relation.

§ 1^{er}. — Contusion des muscles.

Dans ces derniers temps seulement les chirurgiens se sont occupés de la contusion des muscles. Allison a constaté que la contusion des muscles produisait souvent, suivant son intensité : la stupefaction, l'engourdissement, l'épanchement sanguin intermusculaire, la déchirure des fibres, et qu'enfin la suppuration pouvait être la conséquence d'une contusion violente. A la suite de contusion

des muscles, on a observé la paralysie et l'atrophie musculaires (Olivier d'Angers), de la contracture persistante (Wolkmann).

Le repos, les antiphlogistiques sont indiqués au début, plus tard on utilisera les résolutifs et les excitants, en particulier la faradisation (Follin).

§ 2. — Plaies des muscles.

L'étude de ces plaies, rentre dans celle des *plaies en général* (1) on pourrait donc examiner successivement : les *piqûres*, les *coupures*, les *plaies contuses* et *par armes à feu*, mais cette étude entraînerait à des redites inutiles.

Signalons seulement les phénomènes qui résultent des plaies par instruments tranchants ou coupures.

Les plaies longitudinales ne présentent que fort peu d'écartement encore n'est-ce que dans la flexion; les plaies transversales, au contraire, offrent un écartement souvent très-considérable, en rapport du reste avec l'épaisseur du muscle et la vigueur du sujet. Ces plaies sont peu douloureuses, accompagnées quelquefois d'une hémorrhagie généralement légère.

La *réparation* d'un muscle coupé se fait par un processus analogue à celui qui préside à la réparation d'une plaie soit ouverte soit sous-cutanée. C'est le tissu cellulaire inter-musculaire et inter-fibrillaire qui fournit à ce processus réparateur, et le tissu musculaire proprement dit semble ne jouer qu'un rôle accessoire. Toutefois les fibres musculaires voisines de la plaie s'atrophient, se désagrègent, se résorbent, surtout lorsque la plaie suppure; de plus les faisceaux primitifs peuvent prendre une certaine part à la réparation; les noyaux des fibres musculaires se multiplient et d'après O. Weber il se produit des éléments fusiformes qui devenant striés, ressemblent d'abord aux muscles fœtaux, puis aux muscles adultes.

Ce processus, sur lequel on discute encore, est très-lent; il peut être complet, comme il peut totalement manquer (Wolkmann).

Le plus souvent, entre les deux bouts du muscle divisé il se produit un tissu fibreux cicatriciel, qui forme une sorte d'intersection tendineuse et rend digastrique le muscle lésé (Demarquay et Bonchard).

Le *traitement* est fort simple : il faut, à l'aide de la position et de bandages, mettre les parties dans l'attitude la plus favorable au rapprochement des bords de la plaie. Nous ferons remarquer que les

(1) Voyez page 22.

bandelettes agglutinatives sont sans action, que les sutures sont sans efficacité, et même qu'elles déterminent par leur présence dans le tissu cellulaire des contractions spasmodiques qui mettent obstacle à la cicatrisation.

BIBLIOGRAPHIE. — Voir celle des *Ruptures musculaires* et celle de la *Myosite*, p. 594 et 604.

§ 3. — Rupture des muscles.

Celle-ci peut se faire à ciel ouvert ou bien sous les téguments, nous ne nous occuperons que de cette dernière espèce, la première se rapportant aux *plaies par arrachement* (voy. p. 62).

Étiologie. — La rupture sous-cutanée des muscles, résulte d'ordinaire d'une contraction musculaire violente, due à un effort subit et excessif; on l'observe chez les individus robustes et plus souvent du côté droit du corps. Cette contraction serait ordinairement involontaire, ou bien, lorsqu'elle est volontaire, la partie à mouvoir était dans une fausse position (Sédillot).

Dans quelques cas, cette rupture sous-cutanée est favorisée par une lésion des muscles (myosite, altérations graisseuse et vitreuse) résultant soit de maladies locales, soit d'affections générales, la fièvre typhoïde en particulier.

Les contractions dues à un état pathologique comme l'éclampsie, l'épilepsie, le tétanos, etc., donnent souvent lieu aux ruptures musculaires.

Les fléchisseurs, dont les fibres musculaires sont longues et les tendons courts, sont surtout exposés aux ruptures sous-cutanées; tels sont les muscles grands droits de l'abdomen, le psoas iliaque, le sterno-mastoidien, le biceps brachial, le couturier, le biceps crural, etc. Plus rarement on a observé la rupture sur les muscles extenseurs : deltoïde, jumeaux de la jambe, crural antérieur, muscles des gouttières vertébrales.

Anatomie pathologique. — La rupture d'un muscle peut être complète ou incomplète, ce qui s'observerait surtout pour les extenseurs (Follin).

Sédillot a fait remarquer que le siège le plus ordinaire de la lésion est le point d'insertion des fibres charnues aux tendons, et dans ce cas il y a rupture simultanée de fibres musculaires et tendineuses (Nélaton).

Les fibres musculaires sont rompues au même niveau et offrent

un écartement proportionnel à la longueur du muscle, surtout dans les ruptures complètes. Entre les deux extrémités du muscle déchiré on trouve du sang épanché, il y en a aussi dans le tissu cellulaire entourant les faisceaux musculaires. Le sang se coagule, et paraît se résorber avec une grande facilité, ce qui serait dû aux mouvements incessants qui facilitent l'absorption lymphatique (Cornil et Ranvier). Quoi qu'il en soit, le sang subit ses métamorphoses habituelles, le sérum, les matériaux solides, se transforment et sont repris par la circulation.

Notons que, dans certains cas, les éléments constitutifs du sang sont incomplètement résorbés et qu'il en résulte soit des *kystes* d'origine sanguine, soit des *tumeurs fibrineuses* (hématômes de Virchow), très-difficiles à reconnaître et confondues soit avec des tumeurs brunes, soit avec des carcinômes, etc. (Moore, Velpeau et U. Trélat, A. Després). Ces tumeurs fibrineuses peuvent résulter aussi d'une contusion et d'une hémorrhagie spontanée (Virchow).

Lors de rupture spontanée, les fibres musculaires présentent aux points sectionnés une dégénérescence granulo-graisseuse ou graisseuse (1) qui, suivant Cornil et Ranvier, serait en partie consécutive à la lésion traumatique.

Ultérieurement, comme dans les plaies exposées ou dans les plaies sous-cutanées, il se produit entre les fibres musculaires rupturées un véritable tissu fibreux de cicatrice, qui les réunit comme une intersection fibreuse. L'étendue de cette cicatrice est moindre que l'écartement primitif des bords de la rupture musculaire, opinion qui s'appuie 1° sur le peu d'affaiblissement des forces après la cicatrisation, et 2° sur les propriétés rétractiles du tissu de cicatrice en général.

Dans les ruptures musculaires, suite d'efforts violents, il est probable que les aponévroses de contention sont tantôt déchirées, tantôt intactes, selon l'intensité de la contraction et la résistance de l'aponévrose.

Symptômes. — La rupture musculaire qui survient dans les efforts se traduit le plus souvent par un bruit de craquement, semblable à celui qui résulte de la rupture d'une corde fortement tendue, bruyant perçu ou entendu par le malade; enfin celui-ci éprouve une secousse analogue à celle d'une contusion violente (coup de fouet). Une douleur vive se manifeste; elle s'accompagne de l'impuissance subite.

(1) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histol. pathol.*, 2^e partie, p. 477 et 480, Paris, 1873.

mouvoir le membre lésé; aussi le malade peut-il tomber si la rupture a lieu aux membres inférieurs (Follin).

Lorsque la déchirure est complète, on observe une dépression au niveau de la solution de continuité du muscle, à moins toutefois que la rupture ne soit trop profondément située et que l'épanchement subit du sang, ait comblé la perte de substance due à la rétraction des deux extrémités du muscle déchiré. Ces deux extrémités forment d'ordinaire deux tumeurs mollasses (Follin).

Une ecchymose plus ou moins étendue se manifeste d'autant plus rapidement que le muscle lésé est plus superficiel et que son aponévrose d'enveloppe est plus mince ou déchirée elle-même. Ajoutons que cette ecchymose, qui n'apparaît souvent que quelques heures après l'accident, peut manquer tout à fait (Follin).

Dans les déchirures incomplètes, les symptômes les plus importants sont : le craquement, la douleur et l'ecchymose, encore celle-ci manque-t-elle souvent.

Les ruptures musculaires qui résultent d'une lésion primitive des muscles, comme cela s'observe dans les fièvres graves, se produisent silencieusement et ne sont reconnues que par l'existence d'épanchements sanguins et d'ecchymoses plus ou moins vastes. Leur lieu d'élection paraît être dans les muscles droits de l'abdomen.

Marche et terminaisons. — Comme nous l'avons déjà dit, l'épanchement sanguin interposé entre les deux bouts du muscle rupturé se résorbe assez vite, et la cicatrisation ne tarde guère à se faire attendre. Toutefois, des accidents peuvent survenir, en particulier la suppuration du foyer sanguin, surtout lorsque la lésion résulte d'un état général grave.

La rupture des muscles peut encore entraîner leur amaigrissement, voire même leur atrophie totale (Follin).

Diagnostic. — La rupture provoquée par la contraction musculaire est facile à diagnostiquer; on la différenciera de la rupture d'un tendon par son siège, la douleur plus vive qu'elle provoque, l'ecchymose plus étendue qui se produit.

La rupture spontanée passe souvent inaperçue au milieu des phénomènes graves de l'état général; toutefois la tuméfaction parfois énorme qui résulte de l'épanchement sanguin inter-musculaire devra la faire soupçonner.

Nous verrons plus loin comment on reconnaît le *diastasis musculaire*.

Le *prognostic* est ordinairement bénin; nous avons vu cependant

qu'il peut survenir des accidents graves dus à des complications inflammatoires.

Traitement. — Lorsque la déchirure est peu étendue ou incomplète, il faut placer le muscle dans le relâchement, établir une compression méthodique, enfin user des antiphlogistiques.

Les sangsues ou les ventouses scarifiées sont indiquées seulement quand la rupture est peu étendue, profonde et très-douloureuse, par exemple lorsqu'elle siège dans les muscles des gouttières vertébrales.

Lors de déchirure complète avec écartement des extrémités du muscle rupturé, il faut utiliser la position pour rapprocher les parties; de plus, un bandage circulaire méthodiquement appliqué facilitera la résorption du sang épanché. J. Sédillot conseillait l'emploi de trois bandes roulées; la première, des extrémités jusqu'au delà de la solution de continuité; la deuxième, de la racine du membre jusqu'au-dessous du point rupturé; enfin la troisième, au niveau de ce point, en la promenant tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de lui (Follin).

Lorsque les douleurs sont très-vives et persistantes, on peut utiliser les injections sous-cutanées, les révulsifs, les douches froides.

S'il survient des complications inflammatoires, on aura recours aux antiphlogistiques, aux émoullients, aux bains locaux.

L'atrophie du muscle sera combattue par l'emploi des frictions excitantes et des courants intermittents ou continus.

Enfin, lors de rupture ancienne et mal traitée, lorsque les deux extrémités du muscle se sont cicatrisées isolément, on utilisera un bandage compressif pour faciliter les mouvements, mais trop souvent le malade reste impotent (J. Sédillot, Follin).

BIBLIOGRAPHIE. — J. Sédillot, *De ruptura musculari*, In. diss., 1786, Mém. sur la rupt. musculaire, in *Mém. et prix de la Soc. de méd.* Paris, 1817, p. 155. — F. Schnell, *De natura reunionis musculorum generatorum*, In. diss., Tübingæ, 1804. — Roulin, *Du mécanisme des rupt. muscul.*, in *Journ. de physiologie exp.*, 1821, t. I, p. 295. — Ollivier, *Dictionnaire en 30 vol.*, 1839, t. XX, p. 358. — Allison, *Contusion des muscles* in *Gaz. médicale*, 1842, p. 693. — J. Bouquet, *De la rupture spontanée des muscles de la vie animale*, thèse de Paris, 1847, no 13. — Malgaigne, *Traité d'anat. chirurgicale*, 2^e éd. (des muscles), 1850, t. I, p. 116. — C. O. Weber, *U. d. Neubildung quergestreifter Muskelfasern etc.*, in *Centralbl. f. d. Med. Wissens.*, 1863, no 43, et *Virchow Arch.* Bd. XXXIX, s. 216, 1867. — F. A. Zencker, *U. d. Veränderung der Willkürlichen Muskeln im Typhus abdominalis*, Leipzig, 1864. — C. A. Dagott, *U. des Regeneration der quergestr. Muskelfasern nach Ver-*

letzungen, In. diss., Königsberg, 1869. — G. Hayem, *Cicatr. des muscles après leur section sous-cutanée*, in *C. R. et Mém. de la Soc. de biol.*, 1870, p. 53. — R. Wolkman, *Verletzungen der Muskeln, etc.*, in *Handb. d. allg. u. spec. Chirurg.* v. Pitha u. Billroth. Bd. II, A. 2, L. 2, s. 866, Erl., 1870 (Bibliogr.). — Gussembauer, *U. d. Veränderung der quergestreift Muskelgewebes, etc.*, in *Arch. f. Kl. Chir.* Bd. XII, s. 1010, Berlin, 1870-71. — G. U. F. Uhde, *Z. Kasuist. subc. Rupt. der Muskeln u. Sehnen.*, in *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. XVI, A. I, s. 202, Berlin, 1874. — J. N. Demarquay, *Régénér. musculaire*, in *la Régénération des organes et des tissus, etc.*, ch. VI, p. 88, 1 vol., Paris, 1874.

§ 4. — Myodiastasis ou Diastasis musculaire.

Cette affection généralement mal décrite, est caractérisée par une vive douleur survenant dans un muscle à la suite de sa contraction brusque, et plus particulièrement dans un faux mouvement. Elle appartient à la classe des *douleurs de contraction* ou *cinésialgies* du professeur Gubler.

Signes. — Le diastasis musculaire se traduit par une douleur aiguë pouvant déterminer une syncope, douleur qui se répète à chaque mouvement et qui apparaît brusquement. En dehors des paroxysmes, il peut persister une sensation douloureuse au niveau du muscle lésé. Il y a absence de douleur à la pression, fait caractéristique des cinésialgies; parfois un peu de gonflement ou d'œdème de la région malade.

Cette affection se manifeste surtout dans la masse sacro-lombaire, puis à la base de la poitrine, au cou, à la partie supérieure du dos, enfin à l'épaule et au mollet, où on l'attribue, on ne sait trop pourquoi, à la rupture du tendon du plantaire grêle.

Étiologie et Pathogénie. — Comme nous l'avons déjà dit, l'affection résulte d'une contraction musculaire parfois peu intense, brusque et mal coordonnée, c'est ainsi que les quintes de toux, l'éternuement, peuvent lui donner naissance. On peut rapporter, croyons-nous, à cette affection, la lésion décrite sous le nom de rupture et de contracture des ouvriers chargeurs qui manient la pelle (G. Bourguignon). L'inertie des muscles, le rhumatisme, prédisposent au myodiastasis qui survient alors presque spontanément.

D'après le professeur Gubler, cette affection résulterait d'une sorte d'incoordination dans la contraction volontaire ou automatique des muscles; dans ces cas, le resserrement musculaire étant empêché, il

en résulterait un excédant de force non utilisée, qui se transformerait en courant sensitif, d'où les douleurs ?

Quoi qu'il en soit, il paraît certain que dans bien des cas on n'a pas affaire à une rupture musculaire, comme on l'a cru longtemps, car il n'y a ni douleur à la pression, ni ecchymose primitive ou consécutive. Toutefois l'œdème, le gonflement qui existe assez souvent, peuvent faire penser à une lésion de la fibre musculaire elle-même, lésion légère, mais indéterminée jusqu'ici.

Traitement. — On a conseillé, le repos, l'application locale de la chaleur, les révulsifs, les narcotiques en injections sous-cutanées, les bains, le massage. Le professeur Gubler préfère à tous ces moyens l'électrisation faradique, en se servant surtout de l'extra-courant. On débute par un courant faible dont on augmente peu à peu l'intensité. Une séance de 10 à 15 minutes suffit le plus souvent pour faire cesser toute douleur.

BIBLIOGRAPHIE. — Gubler, *De la cinésialgie, spécialement dans le diastase musculaire, etc.*, in *Journ. de thérapeutique*, nos 18, 19, 20, 21 et 22, Paris, 1874, et *Arch. génér. de méd.*, vol. I, p. 222, 1875. — G. Boungougnon, *Rupture et contract. muscul. des ouvriers chargeurs*, th. de Paris, 1875, n° 340.

§ 5. — Hernies musculaires.

On désigne sous ce nom le déplacement des muscles à la suite d'une solution de continuité de leur aponévrose d'enveloppe. Ces hernies diffèrent de ce qu'on appelait jadis la luxation des muscles, celle-ci étant caractérisée, disait-on, par leur déplacement, leur gaine restant intacte.

Étiologie. — Toutes les causes capables d'entraîner la rupture des gaines aponévrotiques : les plaies, les contusions, etc., peuvent donner lieu à cette lésion. Une contraction musculaire énergique pourrait, dit-on, produire cette hernie à la suite de la rupture de l'aponévrose d'enveloppe du muscle (Mourlon).

La hernie musculaire consécutive à une lésion de l'aponévrose d'enveloppe se rencontrerait surtout dans les cas où il n'y a pas eu d'accidents inflammatoires très-marqués, et en particulier lors de la déchirure spontanée et sous-cutanée de cette membrane.

Parfois cependant la déchirure se fait lentement et l'aponévrose amincie cède peu à peu.

La hernie musculaire a été observée plus spécialement dans les régions où existent des muscles puissants entourés de gaines aponévrotiques résistantes : à la cuisse, à la jambe, etc.

Symptômes. — Quand la hernie se montre brusquement, le malade ressent une sorte de déchirure accompagnée parfois d'un bruit assez fort ; une tumeur plus ou moins volumineuse apparaît alors. La douleur est souvent très-vive, la marche devient impossible, si la lésion siège aux membres inférieurs. Cependant cette vive douleur ne tarde pas à se calmer et il ne persiste qu'une tumeur d'un volume variable, molle et réductible pendant le relâchement du muscle, dure dans le cas contraire. Cette hernie est toujours accompagnée d'une certaine faiblesse et d'une gêne des mouvements.

Les hernies musculaires consécutives à un amincissement de l'aponévrose d'enveloppe ont les mêmes caractères, mais apparaissent graduellement.

Cette affection peu grave est assez facile à diagnostiquer, cependant on peut la confondre avec une rupture musculaire : dans ce dernier cas on trouve un enfoncement entre les deux bouts du muscle séparés, ce qui ne se rencontre pas dans la hernie musculaire.

Traitement. — Il consiste dans la compression à l'aide de bandages, de bas élastiques, etc.

Mourlon a proposé d'exciser la peau dans une étendue correspondant à la solution de continuité de l'aponévrose et de panser la plaie avec un tampon de charpie sèche pour faire naître la suppuration. La cicatrice consécutive remplacerait jusqu'à un certain point l'aponévrose déchirée.

BIBLIOGRAPHIE. — Mourlon, *Essai sur les hernies musculaires*, in *Mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, 1861, 3^e série, t. VI, p. 227. — A. Desprès, *Des tum. des muscles*, th. d'Agr. en chir., p. 128 et 136, Paris, 1866.

ART. II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES MUSCLES.

Ces lésions sont assez mal déterminées, et selon les auteurs, telle ou telle altération des muscles doit être exclue ou rangée parmi les lésions inflammatoires des muscles. On peut citer comme exemple la *transformation vitreuse* ou *circuse* de Zenker, regardée par G. Hayem comme une lésion inflammatoire.