

CHAPITRE X

AFFECTIONS DES MUSCLES

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Nous étudierons les *contusions*, les *plaies*, les *ruptures*, le *diastasis* et les *hernies musculaires*.

1^o CONTUSIONS

Elles succèdent à une violence extérieure, chute, coup de pierre ou de bâton, passage d'une roue de voiture, tamponnement; dans des cas exceptionnels, le corps vulnérant est intérieur; un fragment osseux dans les fractures, une surface articulaire luxée ont pu contondre les masses musculaires. Celles-ci sont d'autant plus facilement désorganisées que leur texture est plus délicate, qu'elles sont moins protégées par des aponévroses ou un pannicule graisseux épais, qu'un plan osseux sous-jacent offre un point d'appui sur lequel s'écrase le muscle; il ne faut pas oublier que les fibres contractées se rompent plus aisément; elles ne fuient pas devant l'objet vulnérant comme le fait le muscle au repos.

Les désordres n'ont pas toujours la même intensité : quelquefois on note à peine la rupture de quelques capillaires, une petite hémorragie interfibrillaire qui se traduira par une ecchymose cutanée; la résorption est rapide; il faudrait une effusion abondante pour que le sang traversât l'aponévrose et vint colorer la peau; on constaterait alors une douleur profonde vive, un engourdissement, une stupeur du muscle, un gonflement et même, si au milieu des fibres déchirées se collecte une certaine quantité de sang, une crépitation due à l'écrasement des caillots par le doigt.

Les lésions peuvent être plus profondes : l'aponévrose est déchirée,

les muscles sont rompus et réduits en bouillie, des vaisseaux volumineux ouverts; aussi l'épanchement sanguin est-il considérable; mais ces délabrements, nous les connaissons pour les avoir étudiés dans les contusions au troisième et au quatrième degré; il y a, en outre, une rupture musculaire dont nous parlerons plus bas. Lorsqu'elles sont peu étendues, ces contusions guérissent vite. Cependant une inflammation peut survenir, surtout lorsqu'il existe quelque tare organique ou viscérale, du diabète, de l'albuminurie, de l'alcoolisme, des contractures, des paralysies et des atrophies, surtout lorsque la contusion a aussi porté sur les nerfs.

Le traitement est simple : le repos, l'immobilité des parties, ou même le massage, une compression légère amenant la résorption rapide du sang épanché; on a préconisé l'application de sangsues, les ventouses scarifiées; lorsque la douleur est vive, les injections sous-cutanées de morphine peuvent la faire disparaître. Dans les cas plus graves, on emploierait avec précaution la bande élastique enveloppant tout le membre, de son extrémité au delà du foyer traumatique. Dans le même ordre d'idées, Maurice Jeannel conseille l'appareil ouaté d'A. Guérin.

2^o PLAIES DES MUSCLES

Elles varient selon qu'elles sont produites par un instrument *piquant*, *coupant* ou *contondant*; que leur direction est *longitudinale* ou *transversale*; qu'elles sont *complètes* ou *incomplètes*; les piqûres, les plaies longitudinales, les sections incomplètes ne présentent qu'un intérêt médiocre, l'hémorragie est peu abondante et l'écartement des fibres divisées peu considérable. Nous ne parlerons donc que des plaies transversales complètes, déterminées par un instrument contondant ou coupant.

L'hémorragie et l'écartement des deux tronçons musculaires sont les phénomènes qui caractérisent ces plaies; l'effusion sanguine est abondante au début; on connaît la vascularité des muscles; mais comme les canaux sont de petit calibre, que la rétraction tend à oblitérer leur lumière, l'hémostase est rapide, et le chirurgien n'interviendra que dans le cas assez rare où un rameau de quelque importance aurait été atteint. L'écartement des deux moignons tient à la contraction, phénomène passager, et surtout à la tonicité, force per-

manente et qui s'exerce d'autant plus que le muscle est plus long, que la section est plus nette, que la stupeur est moindre et l'intégrité des nerfs sensitifs et moteurs plus parfaite. Les dièses d'amputation réalisent, dans cet ordre d'idées, les conditions des plus favorables.

L'évolution des plaies musculaires a été étudiée par les expérimentateurs; la pratique de la myotomie dans la chirurgie humaine a aussi jeté quelque jour sur cette question. Du sang s'épanche et comble l'espace qui sépare les deux moignons; sous la peau ou sous un pansement antiseptique, la résorption en est rapide; les éléments du tissu conjonctif interfibrillaire, les cellules du sarcolemme et la diapédèse amoncellent, dans le foyer traumatique, des cellules embryonnaires qui s'organisent en un tissu conjonctif jeune. Celui-ci, doué des propriétés du tissu cicatriciel, se rétracte, rapproche les deux tronçons, et bientôt on ne trouve qu'une zone fibreuse, intersection parfois à peine visible, parfois assez large et donnant au muscle un aspect digastrique.

La réparation peut-elle être plus complète et le tissu musculaire se régénèrera-t-il sans intersection fibreuse? O. Weber le prétend; dans un certain nombre de cas on verrait, huit ou dix jours après la blessure, des éléments fusiformes se développer au voisinage des faisceaux musculaires; ils se strieraient et le muscle y naîtrait comme, chez l'embryon, il apparaît au milieu des éléments du blastoderme. Volkmann ne croit guère à cette régénération, et Hayem, dans ses expériences, ne l'a jamais constatée; il n'a point observé ce qu'il a si bien décrit dans la myosite typhique, la régénération de la fibre musculaire atrophiée. La question est à l'étude.

Lorsqu'un corps étranger est resté dans la plaie, si le blessé est atteint de quelque diathèse ou d'une tare constitutionnelle, si l'on n'a pas obtenu l'asepsie du foyer, la suppuration peut survenir qui compromettra la vitalité des fibres musculaires; l'intersection fibreuse sera augmentée d'autant; ces phénomènes inflammatoires provoqueront des adhérences entre le muscle, les os ou les téguments voisins, compromettant ainsi le rétablissement des fonctions. Enfin, lorsque l'écartement est considérable, la cicatrisation des bouts se fait isolément et la fonction est compromise; il en sera de même si les nerfs coupés ne sont pas régénérés.

En général, le traumatisme n'est pas assez grave ou les conditions

ne sont pas assez défavorables pour que ces accidents s'observent: le rétablissement fonctionnel est de règle. On le préparera par une thérapeutique attentive, l'asepsie la plus rigoureuse; point de suture musculaire qui ne tiendrait pas, mais on placera le membre dans une attitude telle que les deux segments soient au contact. Les parties seront maintenues par un appareil plâtré. Des courants continus faibles entretiendront la nutrition; plus tard, lorsque la cicatrice sera solide, on aura recours aux excitations faradiques.

5° RUPTURES DES MUSCLES

Le mot de *rupture* musculaire ne s'applique qu'aux solutions de continuité produites par une contraction énergique des muscles. Lorsque la déchirure est provoquée par un agent extérieur ou par la traction de quelque machine, les désordres qu'on observe rentrent dans les contusions, les plaies contuses ou les plaies par arrachement.

Étiologie. — L'altération partielle et limitée des fibres musculaires favorise leur rupture; les dégénérescences vitreuses ou graisseuses qui résultent d'affections locales ou de maladies générales, — et la fièvre typhoïde en donne de fréquents exemples — précèdent souvent la déchirure des muscles; elle survient aussi sans désordre préalable, dans un effort, une contraction, dans certaines crises convulsives: l'épilepsie, l'éclampsie, le tétanos; dans les mouvements involontaires inspirés par la terreur ou lorsque le membre est dans une fausse position. Ce sont alors les muscles les plus gros qui sont atteints, du côté droit, et chez des individus les plus vigoureux.

Les fléchisseurs à corps charnu long, à tendons courts, le grand droit, le biceps brachial, le psoas iliaque, le biceps crural, le cuturier, le moyen adducteur payent le plus lourd tribut. Cependant ces déchirures ont été observées sur des extenseurs; le droit antérieur de la cuisse, le triceps crural, le deltoïde. Sur 45 cas de rupture musculaire ou tendineuse relevés par Nélaton, la lésion atteignait 51 fois les extenseurs du membre pelvien. Cette statistique montre encore que sur ces 45 faits, dans 14, soit un tiers, le muscle seul était déchiré; 29 fois la solution de continuité portait sur le muscle et le tendon ou sur le tendon seul; 4 fois l'accident a pour siège le grand droit de l'abdomen; le sterno-mastôidien, le biceps, le deltoïde

du membre supérieur, 2; les fléchisseurs du membre inférieur, 4.

Anatomie pathologique. — « La rupture, dit Farabeuf, est, en général, assez nettement transversale, à bords réguliers, sans franges, quelquefois partielle, plus souvent totale. Elle peut siéger : 1° vers le milieu du muscle, et partager celui-ci en deux tronçons contractiles qui s'écartent activement l'un de l'autre ; 2° sur l'un des tendons ; 3° enfin sur l'une des deux régions mixtes, quelquefois fort longues, où les fibres musculaires se jettent sur leur tendon initial ou terminal, intérieur ou extérieur. Cette dernière variété serait la plus fréquente : c'est une rupture à la fois tendineuse et musculaire, et non un simple décollement, comme le croyait Jean Sédillot.

« Dans les ruptures tendineuses et mixtes, le tronçon charnu seul se rétracte ; il le fait en raison directe de la longueur de ses faisceaux et de la liberté que lui laisse la capacité de sa loge aponévrotique. C'est pourquoi la rupture du biceps brachial, muscle à fibres longues et largement engainé, donne lieu à un écartement considérable des deux tronçons, même après que la flexion de l'avant-bras et la pré-pulsion du coude ont réduit l'intervalle au minimum.

« La rupture des muscles, bien plus que celle des tendons, donne du sang qui s'épanche et s'interpose aux deux bouts de l'organe rompu, la collection est parfois abondante et, dans un cas de Larrey, il y en avait plus de 2 livres. Si l'aponévrose d'enveloppe est rompue comme le muscle, le sang se répand immédiatement dans le tissu cellulaire sous-cutané ; si, sans être rompue, elle est mince, celluleuse, perméable, le sang se montre encore, sur place ou à distance, mais un peu plus tard. Enfin, l'ecchymose peut manquer tout à fait lorsque l'aponévrose est intacte, épaisse, bien tissée et sans issue. »

La résorption du sang au milieu des muscles est rapide ; elle s'opère par la voie des lymphatiques et serait hâtée, d'après Cornil et Ranvier, par les mouvements et par la contraction musculaire. Il n'est pas rare d'observer l'enkystement du liquide ; une inflammation légère organise en une membrane d'enveloppe le muscle et le tissu cellulaire ambiant refoulé. Lorsque des caillots se sont déposés, lorsque le sérum se résorbe, que la paroi s'épaissit, on a pu croire à l'existence d'un fibrome intramusculaire ; dans d'autres cas, la matière colorante du sang disparaît, la paroi sécrète un liquide séreux et un kyste se forme. Enfin, on a cité des cas de suppuration.

et les abcès hématisés, consécutifs aux ruptures complètes ou incomplètes des muscles, ne sont pas exceptionnels.

Nous connaissons, pour les avoir étudiés à propos des plaies, les phénomènes de réparation : des cellules embryonnaires provenant de la prolifération du tissu cellulaire, du muscle ou issues par diapédèse des capillaires, s'accumulent sur les deux tronçons et dans leur intervalle quand il n'est pas trop grand. Ces éléments s'organisent et, s'ils sont abondants, forment une bande cicatricielle étendue entre les deux bouts, qu'elle arrive à rapprocher par son retrait naturel. On ne trouve plus qu'une intersection fibreuse, la continuité du muscle est rétablie et l'organe recouvre ses fonctions. Mais dans les ruptures, tendineuses ou autres, suivies d'un grand écartement, les deux bouts restent indépendants l'un de l'autre, et les symptômes objectifs et fonctionnels du début persistent.

Symptômes. — Les ruptures d'ordre pathologique qui surviennent dans les maladies générales, fièvre typhoïde, rougeole ou variole, sont insidieuses ; cependant un examen attentif permettra de reconnaître un gonflement sur le trajet du muscle, un œdème apparent, une douleur localisée, au niveau de laquelle on percevra une dépression, une gouttière plus ou moins large due à l'écartement des deux moignons. La crépitation sanguine des caillots écrasés par le doigt et une ecchymose, plus ou moins lente à paraître selon la profondeur des muscles et l'épaisseur de la gaine aponévrotique, confirmeront le diagnostic.

La rupture primitive, sans altération préalable du muscle, survient pendant un effort, souvent involontaire ou mal coordonné, fait pour éviter une chute, pour grimper, nager, sauter, rester en selle. Elle se caractérise par une douleur soudaine, dont l'intensité peut amener une défaillance, mais qui peut ne pas être perçue au milieu du trouble qui a provoqué l'effort. Ordinairement le malade a éprouvé une sensation de craquement ; il a parfois entendu un bruit semblable à celui d'un coup de fouet, à la détonation d'un pistolet ; le muscle atteint est impuissant, et le patient tombe si la lésion a pour siège le membre inférieur.

Cette douleur intense, subite, et telle que le blessé croit avoir été frappé d'un bâton, d'une pierre lancée avec force, ce craquement, cette impuissance fonctionnelle s'accompagnent des signes locaux que nous connaissons, et qui se montrent aussi dans les ruptures par-

tielles, pourvu qu'elles soient notables : la douleur locale spontanée ou provoquée, un épanchement sanguin fluctuant, la crépitation des caillots écrasés, une ecchymose dont l'apparition est d'autant plus rapide que le muscle est moins profond et la gaine aponévrotique plus perméable.

On conçoit que les simples ruptures tendineuses puissent ne rien présenter de semblable et que les ruptures musculaires profondes, totales ou partielles, n'aient pas d'autres symptômes. En effet, les muscles profonds, les parties profondes des muscles superficiels, celles-ci et ceux-là maintenus et comprimés par les muscles ou faisceaux adjacents auxquels ils adhèrent quelquefois, ne sont pas libres de se rétracter beaucoup après rupture, ni de former une tumeur, ni de laisser un vide, appréciables à l'œil et au doigt. Il en est encore ainsi lorsqu'une aponévrose forte et tendue couvre la lésion.

Il peut donc être difficile de reconnaître les ruptures profondes ou partielles qui sont comme maintenues et masquées. On peut croire dans ces cas à quelque entorse d'une articulation sous-jacente. A la jambe, on incrimine souvent le coup de fouet dont la lésion hypothétique consisterait en une rupture du tendon du plantaire grêle. Verneuil a prouvé que, d'habitude, il n'y a là ni rupture tendineuse, ni rupture musculaire, mais déchirure d'une veine variqueuse intramusculaire : les phlébites consécutives, et même la pyohémie observée dans un certain nombre de cas, ont confirmé l'opinion de Verneuil.

Voici, d'après Farabeuf, les symptômes caractéristiques des ruptures musculaires ou tendineuses libres de produire tous leurs effets. Le résultat immédiat est le retrait dû à la tonicité musculaire : de là un *vide* ; de là un *déplacement* du tronçon contractile ; ce segment se rapproche de l'attache, supérieure ou inférieure, qui lui reste, en *grossissant* d'autant plus qu'il est plus capable et plus libre de se rétracter. La longueur du vide, le déplacement et le grossissement augmentent, si le blessé contracte le muscle rompu, et ces phénomènes se présentent, *quelle que soit l'attitude* du membre : le muscle déchiré ne peut plus être influencé par les mouvements qu'on impose à l'insertion qu'il a perdue. La tumeur qu'il forme persiste donc, même dans l'attitude propre à le distendre au maximum ; elle disparaîtrait au contraire s'il s'agissait d'une simple hernie, et c'est là le signe différentiel.

L'exploration chirurgicale doit être faite pendant le repos et pen-

dant la contraction, sans omettre d'imprimer au membre des mouvements convenables pour relâcher et distendre successivement le muscle soupçonné. Pendant le repos, si le sujet a les membres fermes, c'est-à-dire les aponévroses bien remplies et solides, le muscle rompu est modérément rétracté : il a donc peu grossi et laissé un vide à peine appréciable. Par bonheur, la contraction provoquée exagère instantanément ces symptômes ; l'œil voit le vide se creuser, la main le sent s'allonger. Le corps charnu ne formait qu'une légère tuméfaction oblongue et demi-molle ; celle-ci durcit brusquement et semble faire un pas vers l'insertion persistante ; en même temps, elle grossit, car, en diminuant de longueur, elle devient globuleuse. La contraction vient-elle à cesser, l'état primitif un peu fruste se reproduit. Mais, si le sujet est émacié et flasque, si ses aponévroses sont trop larges pour ses muscles, ou bien si la gaine du muscle rompu est assez mince pour se laisser distendre, user, dissocier, perforer, soit progressivement dans les semaines qui suivent l'accident, soit tout à coup, au moment de la rupture, on peut voir, sans provoquer une contraction qui amplifie tout, le muscle rompu, libre de se raccourcir, former, même au repos, une grosse tumeur et laisser un grand vide.

Cette tumeur, molle comme un kyste, est contractile par l'électricité et vibre sous l'oreille quand elle se contracte ; elle est réductible en ce sens que, par la pression des doigts ou d'un bandage circulaire, le muscle qui la forme se laisse rallonger au point de reprendre sa place et de combler son vide, aussi longtemps qu'on l'empêche de se rétracter de nouveau. L'aponévrose peut être amincie, décomposée en brides, dilatée, usée au droit de la tumeur, qui semble sortie à travers un orifice dont on a senti quelquefois le contour après refoulement. Là sont les apparences d'une simple hernie : aussi la plupart des ruptures non cicatrisées et suivies de la formation d'une tumeur notable, ont-elles été données comme des hernies sans rupture avant que, dans une série de communications, Farabeuf ait étudié la question devant la Société de chirurgie.

Traitement. — Il est des plus simples à imaginer : l'immobilité absolue du membre, le rapprochement des deux tronçons par la position, la coaptation et la compression circulaire, celle-ci destinée à favoriser la résorption du sang et à s'opposer au retrait du muscle, telles sont les conditions d'une thérapeutique régulière. L'appareil

ouaté de Guérin, quand il ne s'agit ni du tronc ni de la racine des membres, remplit ce programme; il immobilise la région, refoule l'un vers l'autre les deux segments du muscle et, par sa compression, chasse le sang dans les interstices cellulaires, où il se résorbe. Quand on aura été assez heureux pour obtenir une cicatrice courte et solide, les frictions, les massages, les douches, les courants électriques continus ou interrompus, seront employés pour rendre au muscle son énergie première.

4° HERNIES MUSCULAIRES

Existe-t-il des hernies musculaires vraies, c'est-à-dire des tumeurs formées par le passage d'une portion de muscle non rompu au travers d'un orifice accidentel de la gaine aponévrotique? Oui sans doute, répond Farabeuf, — à l'amitié de qui nous devons la rédaction de cet article et la révision du précédent, — mais elles doivent être rares pour les raisons suivantes :

Tous les jours les chirurgiens font des ouvertures aux aponévroses et ne notent jamais de hernies musculaires, en dehors des tuméfactions inflammatoires temporaires. Quoi qu'on en ait dit, jamais on n'a vu un muscle, en se contractant sans se rompre, faire éclater son aponévrose. Comment le ferait-il? Le jeu des pièces du squelette ne permet jamais à un muscle d'aller au delà de son raccourcissement physiologique maximum, ni, par conséquent, de dépasser un certain degré de tuméfaction auquel la gaine aponévrotique est habituée et ne peut ni ne doit s'opposer. D'autre part, est-ce que, par la contraction même, les faisceaux d'un muscle ne se tendent pas en ligne droite?

Sur un sujet amaigri, à larges gaines, à muscles grêles, une hernie vraie semble absolument impossible. Mais, sur un sujet replet, à muscles étranglés dans les aponévroses, particulièrement en de certaines régions, il se peut que la grande pression intra-aponévrotique chasse au dehors, par une ouverture accidentelle, tantôt un lobe de graisse, tantôt la surface d'un muscle. Le diagnostic des hernies vraies et des fausses hernies consécutives à des ruptures non consolidées va résulter des lignes suivantes :

Supposons que ce soit le muscle moyen adducteur de la cuisse, si souvent incriminé, qui, énorme mais non rompu, fasse saillie à

travers un orifice de son aponévrose trop étroite, et plaçons la cuisse au repos, dans l'attitude moyenne, entre l'adduction et l'abduction. La tumeur est molle, réductible et l'on sent l'orifice. Dans cette attitude moyenne, commandons une contraction volontaire, mais opposons-nous à son effet en maintenant le genou écarté : est-ce que le muscle contracté, quoique ne pouvant se raccourcir, ni par conséquent grossir, ne va pas se tendre? Sans doute. Alors cette tension active par contraction entravée va rendre les faisceaux rectilignes et faire rentrer la hernie? Sans doute. Rétablissons le repos en attitude moyenne et par conséquent la hernie flasque. Puis, au lieu de provoquer la tension active par contraction, portons le membre dans l'abduction, écartons le genou : la hernie disparaît encore, parce que les faisceaux du muscle sont devenus durs et rectilignes par distension passive.

Donc, il y a incompatibilité entre la hernie et, d'une part, la distension passive, d'autre part, la tension active par contraction entravée. Mais revenons encore au repos en attitude moyenne avec hernie flasque et commandons l'adduction libre : le muscle se retire vers l'épine pubienne avec sa gaine et sa hernie, qui peut-être ne disparaîtra pas. On peut admettre, en effet, que la dureté du muscle contracté soit vaincue par la tension aponévrotique, lorsque les muscles sont gros relativement à la capacité de leurs aponévroses.

A côté, voici le cas ordinairement observé : une tumeur globuleuse semblable à ce que serait une hernie vraie, existe sur le trajet du même moyen adducteur de la cuisse. Elle persiste quand on écarte le genou au maximum ; mais elle augmente quand on provoque une contraction, même en s'opposant aux effets de celle-ci : ce n'est pas une simple hernie, c'est la suite d'une rupture. Si cette rupture a porté sur les insertions fémorales, la contraction volontaire, entravée ou non, fait *durcir*, *grossir* et *remonter* la tumeur. Autre cas : une tumeur globuleuse du long chef du biceps brachial persiste quand on étend l'avant-bras, quand on commande une contraction qu'on entrave : ce n'est donc pas une simple hernie, c'est encore la suite d'une rupture non consolidée. On reconnaît que la rupture a porté sur l'insertion supérieure lorsque la masse globuleuse paraît descendre au moment où elle durcit ou grossit à la volonté du blessé.

Voici maintenant sur la face antérieure de la jambe, une partie

du jambier antérieur qui saille à travers un orifice bien sensible de l'aponévrose. Le muscle est-il rompu ou simplement hernié? 1^o Épreuve de la distension passive. Étendons le pied au maximum pour distendre le muscle : la tumeur disparaît, le muscle n'est pas rompu, c'est une hernie vraie. 2^o Épreuve de la tension active par contraction entravée. Pendant que le pied est au repos, en attitude moyenne et que la tumeur est visible, commandons une contraction, mais empêchons le pied d'obéir afin que le muscle se tende sans grossir en se raccourcissant : la saillie disparaît, c'est bien une hernie, car une tumeur, suite de rupture, eût grossi et durci. On peut imaginer que dans des cas tout à fait exceptionnels, il y ait, après rupture, consolidation à distance et persistance d'une tumeur ; que celle-ci, vu la longueur de la cicatrice, ne disparaisse pas tout à fait par la distension passive, qu'elle s'amointrisse simplement.

La hernie musculaire vraie ou fausse, celle-là très rare, celle-ci très fréquente et consécutive aux ruptures, est sans gravité, mais incurable. La gêne qu'elle provoque quelquefois peut être atténuée par un bandage compressif. On ne devra avoir recours à aucune des opérations proposées pour aboutir à une espèce de cure radicale et inspirées par un diagnostic erroné. La suture du tendon ou du muscle rompu serait seule rationnelle.

5^o DIASTASIS MUSCULAIRE

Cette affection, étudiée par Gubler, consiste en une douleur vive, parfois syncopale, et qui se produit dans les muscles du mollet et de la masse sacro-lombaire, au cou, à l'épaule, au dos et à la poitrine ; elle est passagère et se montre à l'occasion d'un mouvement brusque et mal coordonné ; dans certains efforts énergiques et involontaires, l'éternuement, les quintes de toux, les sanglots ; nous l'avons vue se produire dans les bâillements avortés, au niveau des muscles du cou.

On ne saurait dire ce qui se passe au niveau du muscle ; il survient une crampe, la masse semble se rétracter et la souffrance est telle que la respiration en est arrêtée. Et cependant une compression énergique sur la région malade n'exaspère pas la douleur ; quelquefois on constate du gonflement et un peu d'œdème. Si la crise

persiste ou se renouvelle, on aura recours aux sinapismes, aux injections sous-cutanées de morphine, aux applications de linges chauds, au massage et surtout aux courants interrompus. Nous avons vu des douleurs au cou et dans la région sacro-lombaire cesser dès la première séance.

II

INFLAMMATIONS DES MUSCLES

Les inflammations des muscles ou *myosites* sont mal connues, malgré les recherches de Cornil et Ranvier et de Hayem. On en décrit un grand nombre de variétés, myosites aiguës et chroniques, traumatiques et spontanées, primitives et secondaires ; myosites suppurées, diffuses ou circonscrites ; myosites infectieuses ; myosites ossifiantes. L'importance chirurgicale de ces formes est loin d'être la même, et nous n'étudierons que les principales.

Étiologie. — On connaît les divers traumatismes qui peuvent atteindre un muscle, piqûres, coupures, contusions, plaies contuses souvent compliquées par la présence de corps étrangers, ruptures. Ce sont les causes les plus fréquentes de la myosite dite *primitive* ; on y ajoute l'impression du froid et le surmenage, mais, dans ce dernier cas, on se demande si la fibre, altérée par une fatigue excessive, ne s'est pas rompue et s'il ne s'agit pas d'une myosite traumatique grave, lorsqu'au lieu de rester limitée à un muscle elle atteint plusieurs groupes et finit par suppurer : des phénomènes infectieux éclatent, et la mort en est la conséquence. La myosite traumatique se développe plus fréquemment dans certains muscles ; on signale les extenseurs de la jambe et du pied, les deux biceps, le psoas, les adducteurs du bras, et l'on connaît les abcès du grand pectoral du côté gauche chez les forgerons : le mouvement énergique de la main tordant le fer provoque la rupture de quelques fibres du muscle, un épanchement sanguin et une collection purulente arrondie, globuleuse, désignée dans certains pays sous le nom de « mamelle ».

Le groupe des myosites *secondaires* comprend les inflammations consécutives aux fièvres infectieuses, la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde surtout, où les altérations des muscles sont fréquentes et connues depuis longtemps, l'infection purulente