

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

qui s'accompagne d'infarctus et d'abcès métastatiques, la morve, le farcin, le scorbut; on a signalé la myosite dans l'érysipèle, au cours de l'ictère grave, peut-être du rhumatisme, dans la tuberculisation aiguë, dans la syphilis, mais ici l'allure de l'affection est si particulière, qu'elle mérite une description spéciale. Enfin l'inflammation peut se propager d'un foyer voisin à un muscle: on sait la fréquence du psoïtis à la suite des abcès du ligament large et de la fosse iliaque, les suppurations musculaires de la périptyphlite. Les abcès par congestion provoquent des désordres semblables dans les muscles qui les limitent. On a vu des arthrites fongueuses, des nécroses, des clapiers osseux, ou des ulcères invétérés de la peau amener des altérations profondes dans les muscles sous-jacents, mais ici le processus est plus lent et la myosite *chronique* ou *scléreuse*.

Anatomie pathologique. — Au milieu des foyers traumatiques enflammés, dans les plaies contuses profondes, il est facile d'étudier la myosite; au début, les muscles ou les lambeaux de muscles sont indurés, ecchymotiques ou violacés; puis ils se ramollissent, s'infiltrent de pus et se désagrègent; ils deviennent grisâtres ou verdâtres, et forment un détritus pultacé où se rencontrent quelques débris dont la nature musculaire est encore appréciable.

On a pu, par des expériences sur les animaux, suivre les altérations du muscle: sous l'influence de l'irritation produite par le traumatisme, les éléments du tissu conjonctif qui entourent les faisceaux prolifèrent; les cellules du sarcolemme se segmentent, la substance contractile se résout en granulations graisseuses et se résorbe; de là une atrophie ou une disparition complète du faisceau strié. Les cellules embryonnaires s'organisent en bourgeons charnus si la mort n'est pas la conséquence du traumatisme ou de ses complications; une membrane granuleuse se forme, et une cicatrice fibreuse comble la perte de substance. C'est la forme « hyperplastique » de Hayem. On n'admet guère, dans cette variété, la régénération de la fibre musculaire.

Dans certains cas, le processus réparateur est entravé par la suppuration; celle-ci peut être *diffuse*, pénétrer par des fusées dans les interstices cellulaires et décoller au loin les muscles; les globules blancs infiltrent, avant de se collecter, les mailles du tissu conjonctif périfasciculaire; ils proviennent de la prolifération des éléments de ce tissu et d'une diapédèse active des capillaires, abondants en ces

points. Avec le pus, on rencontre des hématies, de petits caillots dus à la rupture des parois vasculaires altérées. Ces épanchements sanguins, parfois multipliés, ont fait donner à ces variétés anatomopathologiques le nom de myosites *hémorragiques* ou *apoplectiformes*.

Ces infiltrations s'observent dans les myosites consécutives aux fièvres graves; dans ces cas, elles peuvent précéder l'apparition du pus, et l'abcès se collecte autour d'un caillot ou d'une veine oblitérée. Ces dépôts s'observent dans l'infection purulente, la fièvre puerpérale, dans la scarlatine, la morve et le farcin. Aussi, lorsque la poche est ouverte, voit-on s'écouler une substance noirâtre, rougeâtre, quelquefois jaune, mais striée de noir par des caillots sanguins; elle entraîne des débris mortifiés, vestiges du tissu musculaire détruit. Dans ces myosites suppurées, la guérison, lorsqu'elle s'effectue, se fait par production de bourgeons charnus qui s'organisent en un tissu rétractile. Si le pus ne se forme pas, la myosite peut se terminer par une régénération des faisceaux atrophies. Les noyaux du sarcolemme prolifèrent et engendrent des fibres musculaires embryonnaires qui finissent par atteindre l'état parfait. O. Weber et Hayem ont insisté sur cette reconstitution du faisceau primitif.

La myosite *chronique* s'observe au pourtour des vieux foyers inflammatoires, sur les muscles qui entourent un os nécrosé, une ostéite ancienne, une arthrite fongueuse; les corps étrangers intramusculaires, les kystes hydatiques, les gommes provoquent une sclérose; les extrémités osseuses déplacées dans les luxations anciennes, les productions de l'arthrite sèche et du rhumatisme chronique amènent le même résultat, une véritable cirrhose du muscle.

Le muscle a perdu sa couleur, il n'est plus rouge, mais blanc grisâtre ou rosé; sa consistance est plus grande; il se déchire difficilement; les fibres primitives ont disparu par places, étouffées par la prolifération du tissu conjonctif. Au microscope, on constate l'existence de travées lumineuses dont les faisceaux de fibrilles sont séparés par des éléments cellulaires arrondis ou fusiformes; une substance intermédiaire amorphe existe au début et se résorbe peu à peu, comme dans tout tissu de cicatrice: la sclérose musculaire est constituée.

Symptômes. — La myosite *aiguë* qui succède aux violences extérieures est celle dont la clinique est le mieux connue; elle se caracté-

rise par une douleur au niveau du muscle, dont le tissu est tuméfié, œdémateux et d'une résistance presque ligneuse au début; le noyau dur peut se ramollir et une collection fluctuante le remplace parfois; dans ce cas, les souffrances spontanées ou provoquées s'exaspèrent; la peau chaude, mais peu colorée, rougit, et l'abcès musculaire ne tarde pas à s'ouvrir.

Mais cette suppuration, qui est loin d'être fatale, ne s'établit pas sans qu'on n'observe auparavant une contracture « par appréhension » : Hayem montre le malade raidissant ses muscles pour donner à la région atteinte l'immobilité la plus complète. Non seulement le membre prend une attitude telle que les deux insertions du muscle enflammé soient le plus rapprochées possible, mais la vigilance des muscles voisins est en éveil; tous les groupes se contractent à ce point que la flexion arrive à ses dernières limites; à la contracture active succède une rétraction passive, et l'attitude vicieuse est permanente.

Les phénomènes généraux sont peu marqués; à peine une fièvre légère, de la soif, de l'inappétence, quelques frissons lorsque la myosite suppure et qu'un abcès se forme. Les troubles de l'organisme, l'aspect typhoïde, les symptômes adynamiques ou ataxo-adynamiques n'éclatent que dans quelques formes *infectieuses* et suraiguës sur lesquelles Nicaise a appelé l'attention, et dont le tableau clinique rappelle celui de certains phlegmons diffus, de l'ostéomyélite et de l'infection purulente. Elle se déclare tout à coup chez des individus jeunes, surmenés, affaiblis. Un ou plusieurs groupes musculaires sont atteints, et le patient est emporté en quelques jours.

Les myosites *secondaires* sont différentes les unes des autres; leurs symptômes sont voilés par ceux de la maladie qui les provoque. L'altération de la fibre musculaire et sa rupture, l'oblitération des vaisseaux, la déchirure de leurs parois, la suffusion sanguine, qui précèdent l'inflammation, ont une évolution insidieuse dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, l'infection purulente. Cependant une tuméfaction limitée, rouge, ecchymotique, douloureuse spontanément ou à la pression, dure, puis fluctuante, permettra de reconnaître la lésion et son origine. Le psoas, le grand droit de l'abdomen, les muscles de la cuisse et de l'épaule sont plus fréquemment atteints.

Plus sournois encore est le développement de la myosite *chronique*,

et l'on ne constatera son existence que par la résistance ligneuse que prendra le muscle, son impotence graduelle et l'attitude vicieuse du membre. On a décrit, comme myosite chronique, une altération caractérisée par une induration cartilagineuse, une imprégnation calcaire survenant chez les fantassins dans l'épaisseur du deltoïde et du biceps, chez les cavaliers dans les adducteurs, et qui ont pour cause les pressions multipliées exercées sur ces muscles par la bretelle du fusil ou par le rebord de la selle.

On a observé une affection que Hayem donne comme une sorte d'atrophie et qu'on a nommée *myosite ossifiante progressive*; elle apparaît dans le jeune âge, et l'on voit, peu à peu, ou par poussées plus ou moins éloignées, se prendre les divers groupes musculaires, ceux de la nuque et du dos, puis ceux de l'épaule; la masse sacrolombaire, le ligament cervical de la colonne vertébrale, les muscles du bras, de la cuisse, de la jambe; les masticateurs sont atteints successivement; le diaphragme, le cœur, la langue, les muscles de la glotte et du périnée échapperaient seuls à cet envahissement.

Sous l'influence d'un traumatisme léger, d'une simple pression, souvent sans cause appréciable, le muscle se tuméfie, puis devient douloureux; lorsque cette poussée se dissipe et que l'empâtement se résout, on trouve la masse musculaire « comme rembourrée » de noyaux durs, résistants, nodosités cartilagineuses qui ne tarderont pas à s'ossifier. La substance musculaire, les tendons se transforment peu à peu; il est rare que le muscle entier ait disparu sous le progrès de la myosite ossifiante; il reste quelques points intacts où persistent les faisceaux striés.

La myosite est progressive: après ce muscle un autre est atteint, puis le groupe entier; à leur tour, des groupes voisins ou éloignés sont envahis; les mouvements deviennent impossibles et le malheureux « se pétrifie », enveloppé dans une sorte de « carapace ». La cavité thoracique se soulève avec difficulté et une asphyxie lente emporte le malade; les muscles masticateurs ossifiés refusent leur service; l'alimentation devient précaire. Il n'en faut pas moins plusieurs années pour que la mort arrive; pas de traitement qui ait enrayé la marche de la myosite progressive.

Diagnostic. — Les myosites aiguës *traumatiques* qui évoluent sous la peau ou dans un foyer ouvert, se reconnaîtront à la douleur localisée dans la masse charnue, résistante, d'une dureté ligneuse;

les mouvements sont impossibles et provoquent une souffrance vive. Les commémoratifs éloigneront l'idée du rhumatisme, bien que la myosite primitive puisse succéder à l'impression du froid et que Volkmann regarde le rhumatisme musculaire comme une myosite. En tout cas, les antécédents du malade permettront de retrouver des traces de la diathèse.

Les myosites *secondaires* ne sont qu'un épisode sans importance au cours d'une maladie générale et passent longtemps inaperçues. Mais lorsque la douleur est vive, l'ecchymose intense, lorsque la tuméfaction est forte et qu'une collection se forme, on reconnaîtra l'existence d'un abcès dont l'origine sera révélée par sa position sous-aponévrotique et ses déplacements dans les mouvements du muscle. Les myosites *infectieuses* caractérisées par des foyers multiples et des phénomènes ataxo-adyamiques peuvent se confondre avec l'infection purulente, l'ostéomyélite ou la fièvre typhoïde. Une analyse minutieuse des symptômes mettra sur la voie du diagnostic.

Les myosites *chroniques*, si insidieuses dans leur évolution, sont souvent méconnues et leur diagnostic n'est établi que lorsqu'une atrophie indélébile, une impotence incurable, une contracture suivie de rétraction atteignent la région malade. Aussi surveillera-t-on avec soin le muscle voisin d'un foyer d'ostéite, d'arthrite, de luxation ancienne, de tumeur du corps charnu, causes de ces myosites chroniques. Quant à la myosite *ossifiante* progressive, son tableau clinique est trop net et diffère trop de toutes les autres affections musculaires, pour qu'on ait besoin d'insister.

Traitement. — Il ne saurait être le même dans les diverses formes; une myosite traumatique simple guérira sous l'influence du repos, d'une compression légère, d'applications émoullientes; si un abcès se formait, il faudrait ouvrir la collection et donner issue au pûs pour éviter les décollements lointains. Les suppurations diffuses, à foyers multiples, sont d'un pronostic grave chez les individus surmenés, et souvent les malades sont emportés au milieu de phénomènes typhoïdes, malgré l'emploi soutenu des toniques, des excitants, malgré l'ouverture attentive et précoce des foyers ramollis.

III

TUMEURS DES MUSCLES

Les variétés en sont aussi nombreuses que la fréquence en est rare. On distingue les tumeurs *liquides* : hématomas, kystes, abcès, et les tumeurs *solides* : angiomes, lipomes, sarcomes, carcinomes, myomes, fibromes, myxomes, épithéliomas et gommés syphilitiques, ces dernières se rencontrant assez souvent pour mériter une description spéciale.

Les *hématomes* des muscles succèdent à un traumatisme, à une rupture consécutive à une contraction énergique ou à une déchirure préparée par une altération des fibres musculaires sous l'influence d'une maladie générale : le sang épanché se collecte, et s'enveloppe d'une membrane enkystante, mince et souple, ou épaisse et dure. Le contenu est variable : tantôt un caillot fibrino-globulaire se dépose dont la consistance devient considérable; tantôt le sang reste liquide et conserve sa couleur et ses caractères primitifs; mais la matière colorante se résorbe parfois, et un kyste séreux peut se constituer.

Les *abcès* des muscles ont pour origine ces épanchements sanguins; peut-être aussi proviennent-ils du ramollissement d'un foyer tuberculeux. On a signalé, dans la langue, le pharynx, dans le sphincter anal, le psoas, les muscles de la nuque, des gommés scrofuléuses déposées à froid, sans douleur, sans rougeur, sans réaction inflammatoire; elles ont le volume d'un pois ou d'une noisette; la matière puriforme qu'elles contiennent se résorbe, ou se déverse à l'extérieur par ulcération progressive des couches sous-jacentes. Cette tuberculose est rarement *primitive*; le plus souvent elle succède à la propagation d'un foyer bacillaire de la muqueuse linguale, pharyngienne, anale, des articulations de la hanche ou de la colonne vertébrale.

Les *kystes hydatiques*, bien étudiés dans la thèse de Marguet, basée sur 150 observations, sont rares d'une façon absolue, et assez fréquents d'une façon relative. On a pu dire : toute tumeur des muscles est une gomme, un abcès ou un kyste hydatique. On en a rencontré à peu près dans tous les muscles; le sterno-mastoïdien, le trapèze, les fessiers, le grand pectoral, le deltoïde, le triceps, le biceps

huméral, le grand dorsal, le dentelé, la masse sacro-lombaire, les muscles de l'abdomen, le cœur qui, d'après un relevé de Welling, aurait été atteint à lui seul plus de 50 fois. Le parasite s'établirait dans le tissu conjonctif interfibrillaire; il occupe le plus souvent le centre du muscle d'où il peut s'énucléer, et devenir sous-aponévrotique ou péri-musculaire; la structure de la poche serait identique à celle des kystes du foie.

On ne sait rien de précis sur leur étiologie; on a constaté que les traumatismes agissent d'une façon non douteuse; les parasites, roulés par le sang, pénètrent, après la déchirure des vaisseaux, dans les tissus où le ver se développe. Il se forme une tumeur arrondie, à un ou plusieurs lobes, plutôt élastique que fluctuante. On y aurait noté le frémissement hydatique. Nous avons opéré un kyste du triceps huméral où il existait deux lobes séparés par un goulot étroit; lorsqu'on refoulait le liquide d'une poche dans l'autre, on éprouvait une sensation semblable à celle que donnent les synovites à grains riziformes. Nous avons éprouvé une sensation analogue dans un kyste hydatique des muscles de la cuisse.

Des cysticerques peuvent évoluer dans les muscles : on trouve, au milieu des fibrilles rejetées à la périphérie de la tumeur, de petites vésicules de 1 à 2 centimètres de long sur 1/2 de large, blanches, élastiques, des ballonnets percés d'un orifice qui livre passage à la tête du parasite. On connaît l'observation de Broca : un individu atteint de ténia avait, un peu partout, mais surtout dans le grand pectoral, dans les muscles de l'épaule et du dos, de petites tumeurs dont l'une fut ouverte et donna issue à un cysticerque. Nous avons, en 1885, incisé une bosselure prise pour un abcès d'origine dentaire, et qui était un cysticerque du canin.

Les tumeurs solides sont, à peu près toutes, des raretés pathologiques : les *lipomes* des muscles ne se rencontrent guère qu'à la langue. Volkmann en a observé un dans le demi-membraneux, Farabeuf dans les couturiers, Laboulbène et nous dans le biceps huméral. Notre cas présentait ceci de curieux que la tumeur était bilatérale. Les *fibromes* sont plus exceptionnels encore; il n'y en a même pas d'observations absolument probantes et, dans la plupart des cas publiés, il s'agissait soit de sarcomes, soit de dégénérescences fibreuses, de scléroses consécutives à une myosite chronique. Les

myomes ne se rencontreraient que mêlés aux lipomes, et les *enchondromes* rentreraient dans l'étude de la myosite ossifiante.

Les *angiomes* ont une existence incontestable et plusieurs auteurs en ont cité des observations authentiques; il n'en est pas moins vrai que le diagnostic n'a guère été porté que dans le cas de Liston; ils sont circonscrits, diffus et d'origine congénitale. Les *myomes* striés accompagnent presque toujours des tumeurs tératoïdes. Nous nous sommes, plus haut, expliqué sur ce point et n'y reviendrons pas. Les *myomes* lisses se rencontrent fréquemment dans le muscle utérin, et nous en renvoyons la description au chapitre des affections chirurgicales de la matrice.

Les tumeurs malignes, *sarcomes*, *épithéliomas*, *carcinomes*, sont, presque toujours, des tumeurs secondaires. Les sarcomes prennent naissance dans les aponévroses engainantes ou dans le périoste voisin; cependant on ne saurait nier l'existence du sarcome primitif, et Combet, dans sa thèse, en a réuni 16 cas : ils naîtraient dans le tissu interfasciculaire ou même des noyaux du sarcolemme. Les épithéliomas et les carcinomes apparaissent dans la peau, dans les glandes, sous les muqueuses, et gagnent de proche en proche les muscles sous-jacents. Mais lorsque la tumeur se généralise, des noyaux peuvent se montrer au milieu des muscles : il n'y a plus ici simple propagation par continuité de tissu.

Ces diverses tumeurs ont un certain nombre de symptômes communs; on sent plus ou moins profondément, en un point qui correspond au siège connu d'un muscle, une masse de consistance variable qui suit les mouvements du corps charnu. Elle est immobile lorsque le muscle est contracté; elle est mobile latéralement lorsque le muscle est au repos; et, même dans ce cas, le chirurgien ne saurait la déplacer dans le sens vertical, selon l'axe du muscle. Enfin, quand le néoplasme est au milieu même du muscle et recouvert par des fibres, il semble durcir dès que le corps charnu se contracte, et son exploration devient difficile.

Mais si l'on peut sans grand effort arriver au diagnostic de tumeur musculaire, il est presque impossible de préciser la nature du néoplasme; on songera dès l'abord à un syphilome, à un kyste hydatique, à un épanchement sanguin enkysté; les antécédents du malade, un traumatisme antérieur, la consistance de la tumeur, son évolution lente permettront de se prononcer avec quelque certitude. Quant

à reconnaître d'emblée — sans ponction, sans arrachement avec le harpon explorateur d'un fragment du tissu morbide — qu'il s'agit d'un fibrome, d'un angiome, d'un sarcome ou d'un épithéliome primitif, il ne faut y songer.

Le traitement ne saurait être le même pour toutes les tumeurs : lorsque le néoplasme est bénin, on pénètre dans le muscle en écartant les faisceaux de manière à ne couper que le minimum de fibres possible; on dissèque la tumeur, on l'extirpe, encore la laisse-t-on si elle est peu gênante et pas douloureuse. Dans nos observations de kystes hydatiques des muscles, nous avons ouvert la poche; la paroi en a été ruginée et drainée. Le résultat fut excellent.

IV

SYPHILIS DES MUSCLES

La vérole retentit de différentes façons sur les muscles, et l'on décrit, comme accidents syphilitiques, des douleurs rhumatoïdes, des contractures, peut-être sans lésions des fibres musculaires, une myosite scléreuse, enfin des dépôts gommeux.

Les *douleurs rhumatoïdes* apparaîtraient au cours de la période secondaire; elles pourraient cependant suivre la vérole dans les diverses phases de son évolution. Ce sont des lombagos, des myosalgies du sterno-mastoïdien et du trapèze, une céphalée attribuée par Rollet à l'occipito-frontal; le *psaos enraidit* peut faire croire à une *psôit*; on a observé la « courbature fébrile » de Bassereau. Ces accidents se confondent facilement avec les arthralgies; vives, surtout pendant la nuit, elles disparaissent souvent avec les mouvements et la marche. Les souffrances sont erratiques, sautent d'un point à un autre et se caractérisent par une lassitude générale : le moindre effort est pénible, et ce n'est que quelques heures après le réveil que se dissipent cette courbature, cette fatigue énervante, cet endolorissement des muscles qui s'accompagnent, dans certains cas, de véritables contractures.

Ces *contractures* sont entourées d'obscurité et l'on ignore si elles sont le fait du muscle ou si elles ne dépendent pas du système nerveux; peut-être même, au bras, s'agirait-il d'une contracture réflexe consécutive à la synovite de la bourse séreuse sous-bicipitale. Les

contractures ne sont pas généralisées comme les douleurs; un seul muscle ou un seul groupe de muscles est atteint, le biceps crural, le demi-tendineux, les masticateurs, le sterno-mastoïdien, le trapèze, la masse sacro-lombaire, un des muscles de l'orbite et, de fait, la flexion de la jambe à angle droit sur la cuisse, le trismus, le torticolis, le lombago, le strabisme, ont été observés au cours d'une syphilis; il faudrait même ajouter la stricture spasmodique des fibres rectales et œsophagiennes, origine de certains rétrécissements passagers. Mais la contracture de beaucoup la plus fréquente est celle du biceps huméral.

Le malade éprouve une douleur intense dans ce muscle; des irradiations le suivent dans toute son étendue, vives surtout pendant la nuit; les mouvements sont difficiles, l'articulation du coude se fléchit à demi, et il est aussi douloureux de ramener le membre à l'extension que de le fléchir complètement; parfois on note de véritables spasmes. Mais, le plus souvent, la contracture s'établit peu à peu, les mouvements sont comme bridés; la flexion, d'abord légère, s'accuse, l'extension est impossible et le biceps est dur, globuleux; son tendon forme, au niveau du pli du coude, une corde rigide et l'on a comme « une ankylose musculaire ». Si, malgré la résistance des parties, on parvient à étendre le bras, la flexion première se rétablit en quelques minutes.

Les contractures apparaissent à divers âges de la syphilis. Mauriac les a vues survenir presque au début des accidents secondaires; ce serait vers la deuxième ou la troisième année qu'elles se montrent d'habitude; enfin elles peuvent éclater en pleine période tertiaire. La marche en est mal connue; elles s'évanouissent parfois spontanément et, dans ce cas, la guérison définitive, dit Jullien, est souvent précédée d'amélioration intermittente. Le traitement spécifique est du meilleur emploi, le mercure et l'iode font disparaître la contracture en quelques jours.

Les lésions tertiaires de la syphilis des muscles, la *myosite scléreuse* et les *gomes* sont des accidents relativement rares; dans ses relevés, Jullien les note 10 fois sur 204 cas, soit près de 5 pour 100. « Elles font partie du stade moyen de la période tertiaire; si, en effet, nous exceptons une observation où elle parut dès le deuxième mois de l'infection, l'âge de la vérole consigné dans les autres est huit ans, quatre et demi, cinq et demi et sept. » Les désordres,

quelquefois symétriques, affectent de préférence les muscles du mollet et de la cuisse, de la fesse, le grand pectoral, le sternomastoïdien, le masséter, le buccinateur, le voile du palais, le rectum, la langue, le cœur, le diaphragme.

La myosite diffuse se caractérise par une prolifération des cellules du tissu conjonctif interfibrillaire; les éléments embryonnaires s'organisent et forment une trame cicatricielle qui étouffe les fibres striées. On trouve une substance dure, criant sous le scalpel, blanche ou grisâtre et qui s'infiltré parfois de noyaux cartilagineux ou osseux; les tendons et les aponévroses peuvent subir une semblable dégénérescence. Au début le muscle est tuméfié, douloureux, raide, contracturé, puis il s'atrophie, et on ne trouve plus à sa place qu'une bande fibreuse. Dans la période d'hyperplasie, une médication énergique réussit à sauver les muscles, mais plus tard, lorsque la fibre striée a disparu, les désordres sont indélébiles.

La *gomme* forme au sein du muscle des noyaux de volume variable, en général gros comme une noisette, jaunes ou blanchâtres, grisâtres ou roses au début, puis elle subit une dégénérescence progressive, se ramollit, devient diffluite, et l'on trouve une substance fluide, semblable à une solution « gommeuse » au milieu de laquelle sont les détritits enchevêtrés, une masse analogue au bourbillon de l'anthrax. Sur le pourtour de ce foyer, le muscle est atteint de myosite chronique, il forme plusieurs couches concentriques de tissu scléreux qui limite la masse caséuse.

La gomme se dépose surnoisement au milieu des muscles; au début, on observe cependant quelques douleurs, de la gêne dans les mouvements, puis on sent une tumeur arrondie, régulière, immobile dans le corps charnu. Il peut s'en rencontrer plusieurs à la fois, séparées les unes des autres par du tissu sain. A la langue, lorsque les gommages sont multiples, l'organe est « comme rembourré de noisettes ». Leur résistance, d'abord ligneuse, diminue peu à peu; une poussée aiguë survient, des adhérences se font, la peau ou la muqueuse rougit, puis s'ulcère, et le pus s'écoule, laissant une perte de substance profonde, taillée à pic, à bords non décollés, à fond grisâtre recouvert d'un enduit jaune et de débris de bourbillon.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic; quand on constate l'existence d'une tumeur musculaire, on songera toujours à une gomme, et un interrogatoire sévère, un examen attentif sont de rigueur;

dans le doute, on n'aurait qu'à prescrire le traitement spécifique; la fonte rapide du néoplasme en indiquerait l'origine. Le pronostic est grave si les dépôts sont nombreux et si l'intervention est tardive; il peut se faire des désordres irréparables, des scléroses indélébiles, des contractures, une impotence fonctionnelle incurable.

CHAPITRE XI

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES TENDONS

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Nous serons bref sur l'étude des *contusions*, qui n'ont pas d'histoire clinique, des *ruptures*, dont la description se confond presque avec celle des ruptures musculaires, des *luxations*, extrêmement rares, et ne parlerons avec quelques détails que des *plaies tendineuses*, dont l'importance chirurgicale est grande.

1° PLAIES TENDINEUSES

On les divise en *piqûres*, *coupures* et *plaies contuses*. — Les *piqûres* sont sans gravité; si la plaie est étroite, si l'instrument vulnérant n'est pas chargé de matières septiques, la réunion immédiate s'observe, la guérison est rapide; au point piqué, il reste à peine, comme vestige de la blessure, une petite nodosité qui finit par disparaître. Les *plaies contuses* sont les plus dangereuses: elles peuvent provoquer une synovite purulente dont nous avons déjà tracé l'histoire, et la solution de continuité du tendon entraîne des désordres fonctionnels que nous étudierons à propos des coupures. Seulement, le pronostic est plus sombre; outre que l'inflammation, si fréquente, est sérieuse par elle-même, elle peut entraîner des adhérences, des cicatrices vicieuses qui conduisent à l'impotence fonctionnelle. Le traitement diffère en ceci que, avant de tenter la