

opérations proposées pour aboutir à une espèce de cure radicale et inspirées par un diagnostic erroné. La suture seule du tendon ou du muscle rompu serait rationnelle.

5° DIASTASIS MUSCULAIRE.

Cette affection, bien étudiée par Gubler, consiste en une douleur très vive, parfois syncopale, et qui se produit surtout dans les muscles du mollet et de la masse sacro-lombaire, au cou, à l'épaule, au dos et à la poitrine; elle est, en général, passagère et se montre à l'occasion d'un mouvement brusque et mal coordonné; dans certains efforts énergiques et involontaires, l'éternement, 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 guère dire ce qui se passe au niveau du muscle; il survient une sorte de 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 ou d'eau pure, 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 encore assez mal connues, malgré les recherches contemporaines de Cornil et Ranvier et d'Hayem. On en décrit un très 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 diverses formes est loin d'être la même, et nous n'étudierons ici que les principales.

Étiologie. — On connaît déjà les divers traumatismes qui peuvent atteindre un muscle, piqûres, coupures, contusions, plaies contuses souvent compliquées par la présence de corps étrangers, ruptures. Ce sont là les causes les plus fréquentes de la myosite dite *primitive*; on y ajoute l'impression vive du froid et le surmenage, mais, dans ce dernier cas, on doit se demander si la fibre altérée par une fatigue excessive ne s'est pas rompue et s'il ne s'agit pas encore d'une myosite traumatique, fort grave, d'ailleurs, lorsqu'au lieu de rester limitée à un muscle elle atteint à la fois plusieurs groupes et finit par suppurer: des phénomènes infectieux éclatent et la mort en est souvent la conséquence.

La myosite traumatique se développe plus fréquemment dans certains muscles; on signale surtout les extenseurs de la jambe et du pied, les deux biceps, le psoas, les adducteurs du bras, et on connaît les abcès du grand pectoral du côté gauche chez les forgerons: le mouvement énergique de la main tordant le fer provoque parfois 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 graves infectieuses, la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde surtout, où les altérations des muscles sont très fréquentes et observées depuis fort longtemps, l'infection purulente qui s'accompagne si souvent d'infarctus et d'abcès métastatiques, la morve, le farcin; on a signalé encore la myosite dans l'érysipèle, au cours de l'ictère grave, peut-être au cours 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 ont, dans certains cas, provoqué des désordres semblables dans les muscles qui les limitent. On a vu aussi des arthrites fongueuses, des nécroses, des clapiers osseux, ou des ulcères invétérés de la peau amener dans des muscles sous-jacents des altérations profondes, mais ici le processus est en général beaucoup plus lent et la myosite presque toujours *chronique* ou *scléreuse*.

Anatomie pathologique. — Au milieu des grands 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 même verdâtres, et forment un débris pulvérulent où se rencontrent quelques débris dont la nature musculaire est encore appréciable.

On a pu, par des expériences sur les animaux, suivre pas à pas les altérations du muscle : sous l'influence de l'irritation produite par le traumatisme, les éléments du tissu conjonctif délicat qui entoure les faisceaux prolifèrent; les cellules du sarcolème se segmentent elles aussi; la substance contractile se trouble, se résout en granulations grasses et se résorbe plus ou moins complètement; de là une atrophie ou une disparition complète du faisceau strié. Quant aux cellules embryonnaires, elles 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 bientôt la perte de substance. On n'admet guère, dans cette variété de myosite, 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, fort abondants en ces points. Avec le pus, d'ailleurs, on rencontre souvent des hématies, de petits caillots dus à la rupture des parois vasculaires altérées. Ces épanchements sanguins, parfois très multipliés, ont fait donner à ces variétés anatomo-pathologiques le nom de myosites *hémorragiques* ou *apoplectiformes*.

Ces infiltrations sanguines s'observent surtout dans les myosites secondaires, consécutives aux fièvres graves; dans ces cas, elles peuvent même précéder l'apparition du pus et l'abcès se collecte autour d'un caillot ou d'une veine oblitérée. Ces dépôts s'observent surtout 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 tantôt noirâtre, tantôt rougeâtre, quelquefois jaune, mais striée de noir par des caillots sanguins; elle entraîne avec elle des débris mortifiés, vestiges du tissu musculaire détruit.

Dans ces myosites suppurées, la guérison, lorsqu'elle s'effectue, se fait encore par production de bourgeons charnus qui s'organisent en un tissu fibreux rétractile. Si le pus ne se forme pas, la myosite secondaire peut se terminer par une régénération véritable des faisceaux atrophés. Les noyaux du sarcolème prolifèrent et engendrent des éléments particuliers; fibres musculaires embryonnaires qui finissent par atteindre l'état parfait. O. Weber et Hayem ont beaucoup insisté sur cette reconstitution du faisceau primitif.

La myosite *chronique* s'observe surtout au pourtour des vieux foyers inflammatoires, sur les muscles qui entourent un os nécrosé, une ostéite ancienne, une arthrite fongueuse; les corps étrangers intra-musculaires, les kystes hydatiques, les gommages provoquent à leur limite une sclérose plus ou moins étendue; les extrémités osseuses déplacées dans les luxations anciennes, les productions nouvelles de l'arthrite sèche et du rhumatisme chronique amènent aussi 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 beaucoup plus grande; il se déchire difficilement; les fibres primitives ont disparu par places, étouffées par l'abondante prolifération du tissu conjonctif. Au microscope, en effet, on constate l'existence de travées lamineuses 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 alors constituée.

Symptômes. — La myosite *aiguë* qui succède aux violences extérieures est celle dont la clinique est le mieux connue; elle se caractérise par une douleur vive au niveau du muscle, dont le tissu est tuméfié, œdémateux et d'une résistance presque ligneuse au début; il est vrai que le noyau dur peut se ramollir; une collection fluctuante le remplace même parfois; dans ce cas, les souffrances spontanées ou provoquées s'exaspèrent; la peau, déjà plus chaude, mais peu colorée, rougit, et l'abcès musculaire ne tarde pas à s'ouvrir.

Mais cette suppuration, qui d'ailleurs est loin d'être fatale, ne

s'établit pas sans qu'on observe auparavant une contracture particulière : Hayem nous 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 aussi 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 désormais l'attitude vicieuse est permanente.

Les phénomènes généraux sont d'habitude peu marqués; à peine note-t-on une fièvre légère, de la soif, de l'inappétence, quelques petits frissons lorsque la myosite suppure et qu'un abcès se forme. Les troubles profonds 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 spontanée et même de l'infection purulente. Elle se déclare tout à coup chez des individus jeunes, surmenés, affaiblis. Un ou plusieurs groupes musculaires sont atteints à la fois et le patient est emporté en quelques jours.

Les myosites *secondaires* sont fort différentes les unes des autres; souvent 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 souvent l'inflammation, peuvent avoir une évolution insidieuse dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, l'infection purulente. Cependant une tuméfaction plus ou moins limitée, rouge, ecchymotique, douloureuse spontanément ou à la pression, dure d'abord, 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.

Bien plus surnois encore est le développement de la myosite *chronique* et 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

impregnation 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.

Ce n'est pas tout : on a observé une affection bizarre qu'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; d'abord ceux de la nuque et du dos, puis ceux de l'épaule; la masse sacro-lombaire, 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, même d'une simple pression, souvent sans cause appréciable, le muscle se tuméfie, puis devient douloureux; lorsque cette poussée aiguë se dissipe et que l'empâtement se résout, on trouve la masse musculaire « comme rembourrée » de noyaux durs, résistants; ce sont des nodosités cartilagineuses qui ne tarderont pas à s'ossifier. La substance musculaire, les tendons se transforment peu à peu; il est rare cependant que le muscle tout entier ait disparu sous le progrès de la myosite ossifiante; il reste toujours quelques points intacts où persistent les faisceaux striés.

Malheureusement la myosite est progressive : après ce muscle un autre est atteint, puis le groupe en 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 est devenue absolument précaire. Il n'en faut pas moins plusieurs années pour que la mort arrive; pas de traitement qui ait pu, jusqu'à ce jour, enrayer 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 bien localisée dans la masse charnue, résistante, d'une dureté ligneuse; les mouvements sont impossibles et provoquent une souff-

france vive. Les commémoratifs éloigneront l'idée du rhumatisme; disons cependant que la myosite primitive peut succéder à l'impression du froid et que, d'autre part, Volkmann regarde le rhumatisme musculaire comme une véritable myosite. En tout cas les antécédents du malade permettront de retrouver des traces de la diathèse.

Les myosites *secondaires* ne sont souvent qu'un épisode sans grande importance au cours d'une maladie générale et passent longtemps inaperçues. Mais, lorsque la douleur est un peu vive, l'œdème intense, lorsque la tuméfaction est forte et qu'une collection se forme, on reconnaîtra sans peine 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 les phénomènes généraux ataxo-adyamiques peuvent se confondre avec l'infection purulente, l'ostéomyélite diffuse ou même la fièvre typhoïde. Une analyse minutieuse des symptômes mettra seule sur la voie du diagnostic véritable.

Les myosites *chroniques*, si insidieuses dans leur évolution, sont trop souvent méconnues et parfois leur diagnostic n'est établi que lorsqu'une atrophie indélébile, une impotence incurable, une contracture suivie de rétraction atteignent déjà la région malade. Aussi surveillera-t-on avec le plus grand soin le muscle voisin d'un foyer d'ostéite, d'arthrite, de luxation ancienne, de tumeur du corps charnu, causes ordinaires 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 très bien sous l'influence du repos, d'une compression légère, d'applications émollientes; si un abcès se formait, il faudrait ouvrir la collection et donner une issue facile au pus pour éviter les décollements lointains. Les suppurations diffuses, à foyers multiples, sont d'un pronostic des plus graves chez les individus surmenés, et trop souvent, les malades sont emportés au milieu de phénomènes typhoïdes malgré l'emploi soutenu des toniques, des excitants, malgré l'ouverture attentive et précoce de tous les foyers ramollis.

III

TUMEURS DES MUSCLES.

Les variétés en sont aussi nombreuses que la fréquence en est rare. On distingue les tumeurs *liquides*: hématomes, 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 trop 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 très variable: tantôt un caillot fibrinoglobulaire 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 souvent pour origine ces épanchements sanguins: peut-être aussi, dans certains cas, proviennent-ils du ramollissement d'un foyer tuberculeux. Toujours est-il qu'on a signalé des gommés scrofuleuses intra-musculaires 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. On ne confondra pas ces abcès « autochtones » avec des abcès par congestion venus de la colonne vertébrale ou d'un os voisin, et qui auraient infiltré le muscle après usure de la gaine.

Les *kystes hydatiques*, rares d'une façon absolue, sont assez fré-

quents d'une façon relative pour qu'on ait 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 : 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 cependant 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 une sorte de goulot très étroit : lorsqu'on refoulait le liquide d'une poche dans l'autre, on éprouvait une sensation absolument 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 du tænia 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 *myxomes* 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, expliqués 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 sarcolème. 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 des plus difficiles.

Mais si l'on peut sans grand effort arriver au diagnostic de tumeur musculaire, il est presque impossible de préciser la nature du néc-

plasme : on songera dès l'abord à un syphilome, à un kyste hydatique, à un épanchement sanguin enkysté; les antécédents du malade, l'existence d'un traumatisme antérieur, la consistance de la tumeur, son évolution plus ou moins lente permettront peut-être 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 guère 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 de tous points.

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 spéciales, 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; elles 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 dissipe cette courbature, cette fatigue énervante, cet endolorissement des muscles qui s'accompagne, dans certains cas, d'une véritable contracture.

Ces *contractures* sont entourées encore d'une obscurité très grande

et l'on ignore si elles sont le fait du muscle lui-même ou si elles ne dépendent pas du système nerveux; elles 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 masséters, le sterno-mastoïdien et 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 lumbago, 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 tout à coup une douleur intense dans ce muscle; des irradiations fort pénibles 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 de plus en plus, l'extension est impossible et l'on constate que le biceps est dur, globuleux; son tendon forme, au niveau du pli du coude, une corde rigide. Si l'on parvient, malgré la résistance des parties, 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 assez mal connue; elles guérissent parfois spontanément et, dans ce cas, la guérison définitive, dit Jullien, est souvent précédée d'amélioration intermittente. D'ailleurs, le traitement spécifique est ici du meilleur emploi : le mercure et l'iodure font disparaître la contracture en quelques jours.

Les lésions tertiaires de la syphilis des muscles, la *myosite scléreuse* et les *gommés* 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 sterno-mastoïdien, 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 bientôt les fibres striées. On trouve alors 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 peu à peu, et bientôt 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 même ou roses au début; puis elle subit une dégénérescence progressive, se ramollit, devient diffuse, et l'on trouve une substance fluide, semblable à une solution « gommeuse » au milieu de laquelle sont des débris 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 exactement la masse caséuse.

La gomme se dépose sournoisement au milieu des muscles; on observe cependant au début quelques douleurs, de la gêne dans les mouvements; puis on sent une tumeur arrondie, assez 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'exis-

tence d'une tumeur musculaire, on songera toujours à une gomme, et un interrogatoire sévère, un examen attentif sont de rigueur; mais, 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 alors des désordres irréparables, des scléroses indélébiles, des contractures, une impotence fonctionnelle incurable.

CHAPITRE X

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES TENDONS.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Nous laisserons de côté les *contusions*, qui n'ont pas d'histoire clinique; nous ne dirons qu'un mot des *ruptures*, dont la description se confond presque avec celle des ruptures musculaires; nous serons plus bref encore sur les *luxations*, extrêmement rares, du reste, et ne parlerons avec quelques détails que des *plaies tendineuses*, dont l'importance chirurgicale est fort grande.

1^o PLAIES TENDINEUSES.

On les divise en *piqûres*, *coupures* et *plaies contuses*. — Les *piqûres* sont d'ordinaire 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 elle-même 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