

La hernie musculaire peut encore être confondue avec un kyste, un abcès par congestion, etc. Il nous paraît inutile d'insister pour établir un diagnostic différentiel, il suffira que le chirurgien soit prévenu de la possibilité d'une pareille erreur pour l'éviter.

Pronostic. — La hernie musculaire ne constitue pas une affection grave; c'est une simple infirmité plus ou moins gênante, suivant les cas, et suivant la difficulté à la maintenir réduite. Elle ne guérit jamais seule, augmente au contraire de jour en jour si le malade n'est pas soigneux, et peut arriver à compromettre gravement les fonctions du membre.

Traitement. — Pour amener une guérison complète, on a proposé de mettre à découvert le muscle hernié puis de faire suppurer la plaie, de façon à déterminer une cicatrice solide oblitérant la perte de substance. Le muscle contracterait ainsi des adhérences anormales, mais le rétablissement des fonctions pourrait ensuite les faire disparaître à la longue. C'est là un procédé par trop radical, que l'on doit réserver pour certains cas spéciaux. Il est beaucoup plus simple de maintenir la hernie avec un bandage en coutil ou en peau de chien, auquel on pourra joindre une pelotte si on le juge nécessaire. Ce simple moyen suffira, dans la plupart des cas, pour permettre au malade de vaquer à ses occupations.

CHAPITRE II

PLAIES DES MUSCLES. — MYOSITES

La piqûre des muscles est un accident de peu d'importance. Si l'instrument est d'un petit calibre, les fibres musculaires sont simplement écartées, s'il est plus volumineux, il y a attrition d'un certain nombre de fibres et souvent suppuration consécutive.

Les plaies par instrument tranchant atteignent le muscle perpendiculairement ou parallèlement à ses fibres. La section est-elle parallèle à l'axe du muscle, la plaie se réduit à une boutonnière imperceptible; si elle est perpendiculaire, les extrémités du muscle coupé se rétractent dans sa gaine, laissant entre elles un écartement très variable. Lorsque plusieurs muscles sont sectionnés ils se rétractent à des hauteurs différentes en rapport avec la longueur de leurs fibres.

Mécanisme de la réparation. — Les plaies dont nous venons de parler peuvent se réunir par première intention; en pareille circonstance, le travail cicatriciel se fait aux dépens du tissu cellulaire ambiant, une simple ligne blanchâtre qui ne nuit en rien aux fonctions du muscle persiste après la cicatrisation. Les phénomènes de la réparation sont loin d'être aussi simples lorsqu'il s'agit de plaies contuses ou de plaies avec perte de substance. Dans ce cas, la suppuration est fatale, de là des adhérences à la cicatrice et conséquemment de la gêne dans les mouvements du membre.

§ 1^{er}. — Myosite traumatique

Bibliographie. — DIONIS DES CARRIÈRES, *Études sur la myosite*, Th. de Paris, 1851, — VELPEAU, *Myosite*, in *Gaz. des Hôp.*, 1852. — SCHNEPF, *Utilité des préparations mercurielles dans la myosite*, in *Moniteur des Hôpitaux*, p. 179, 1856. — FISCHER, *De la myosite*, Paris, 1859. — TUNDEL, *Ueber einige perniciöse Falle von acuter Periostitis und Myositis*, in *Klinik Mittheil. von der med. Abtheil. des Allgmen. Krankenhauses im Hamburg*, p. 93, 1862-1863. — G. HAYEM, *Note sur les altérations des muscles*, in *Gaz. méd.*, 1866, p. 698 et 712. — FOUCAULT et HAYEM, *Myosite suppurée suraiguë*, in *Soc. anat.*, t. XIV, p. 506, 1869. — TSCHAUISKY, *Ueber die Entzündlichen Veränderungen der Muskelfasern*, in *S. Stricker's Studien*, Heft 1, 1870. — DEMARQUAY, *Régénér. des organes et tissus*, Paris, 1870. — HAYEM, *Myosite symptom.*, in *Arch. de physiologie*, 1870, t. III. — HAYEM, *Cicatrisation des muscles après leur section sous-cutanée*, in *Société de biologie, C.-R.*, 1870. — FISCHER, *Plaies des muscles*, in *Pilha und Billroth*, Bd. I, p. 139. — ROY, *Du psôitis traumatique*, Th. de Paris, 1873. — RESELER, *Abcès phlegmoneux des muscles*, Th. de Paris, 1875. — MARQUET, *Recherches expérimentales sur le processus inflammatoire dans les muscles*, Th. de Nancy, 1879. — GUERMONPREZ, Th. de Lille, 1879. — *Contribution à l'étude de la myosite, Myosite chronique*, in *Revue des sciences médicales*, 1880.

Dès qu'un muscle a été sectionné il se fait une stase sanguine dans les capillaires des extrémités, puis en même temps une prolifération abondante de tissu conjonctif, aux dépens du tissu connectif interfasciculaire et de celui qui entre dans la structure de la gaine des vaisseaux sanguins. « Les cellules du tissu embryonnaire se trouvent non seulement à la surface de la plaie mais encore entre les faisceaux primitifs, à une profondeur qui varie suivant l'intensité de l'inflammation et la période de la maladie » (CORNIL et RANVIER). Que deviendra par la suite ce tissu conjonctif ainsi anormalement développé? Une foule de facteurs (nature de la blessure, milieu, états diathésiques originels ou acquis de l'individu) entrent alors en jeu, et, suivant le cas, l'inflammation restera stationnaire, déclinera, ou passera à l'état aigu (suppuration).

Lorsque l'inflammation reste stationnaire, les éléments embryoplastiques deviennent des centres générateurs de fibres inodulaires. Le tissu conjonctif ainsi produit étouffe les fibres musculaires, l'inflammation laisse des traces indélébiles de son passage. Si l'inflammation diminue, les éléments embryoplastiques comprimés entre les faisceaux musculaires sont frappés de dégénérescence granulo-graisseuse, ils se résorbent facilement, le tissu embryonnaire situé à la surface de la section s'organise, et la guérison a lieu par son intermédiaire.

Quel est, dans ces divers phénomènes, le rôle de la fibre musculaire? L'accord est loin d'être fait parmi les auteurs qui se sont occupés de la question. Les uns (GENDRIN, OLLIVIER) veulent que le tissu connectif soit seul en cause, d'autres (WALDEYER, HOFFMANN, HAYEM) font jouer un rôle important aux éléments propres du muscle; d'autres enfin (STRAUSS) prétendent que toutes les parties constituantes prennent part au processus.

Myosite suppurée. — C'est de toutes les terminaisons de l'inflammation des

muscles la plus fâcheuse ; le muscle se répand sous forme d'infiltration diffuse ou se collecte en foyers limités. D'après CORNIL et RANVIER, il se formerait aux dépens du tissu cellulaire interstitiel et non de la fibre musculaire elle-même. La myosite suppurée succède souvent aux contusions, plaies contuses et ruptures sous-cutanées des muscles. Le psoïtis, par exemple, est toujours consécutif à la rupture de quelques fibres du psoas. Fréquemment aussi la maladie survient pendant la convalescence des fièvres graves, elle peut être encore la manifestation d'un empoisonnement général (infection purulente, morve et farcin), d'un état constitutionnel (abcès froid).

§ 2. — Myosite spontanée

Cette maladie est d'ordinaire une complication des fièvres graves, des affections septiques et infectieuses. Elle se montre aussi après des fatigues exagérées et, d'après VELPEAU, elle serait souvent consécutive à une impression brusque de froid, surtout chez les sujets rhumatisants. Dans le cas de surmenage ce sont naturellement les muscles qui travaillent le plus qui sont atteints de préférence. Il n'est pas rare, après un exercice violent auquel on n'est pas habitué, de ressentir une vive douleur dans les membres. Cette courbature, comme on l'appelle, peut être le point de départ d'une myosite. Au point de vue de l'intensité la myosite est subaiguë, aiguë, suraiguë ou infectieuse. La première forme semble la plus fréquente, la myosite suraiguë ou infectieuse ne se rencontre guère que dans les intoxications graves ou à la suite de fatigues excessives, lorsque les sujets sont dans des conditions de santé mauvaises.

Symptômes. — La myosite, dans sa forme la plus légère, se manifeste par une sensation de pesanteur, d'engourdissement, par des douleurs vagues qui s'accroissent à la pression. Cette sensation pénible se traduit par des secousses, des contractions fibrillaires. Dans la forme franchement aiguë la douleur plus vive est augmentée par la pression et les mouvements provoqués ou volontaires. Englobés par l'exsudation inflammatoire, les muscles malades deviennent durs, rigides, la région tout entière est tuméfiée. La teinte normale de la peau ne paraît pas altérée d'ordinaire, à peine si dans certains cas une rougeur légère décèle cette inflammation. Instinctivement, le malade prend la position la plus favorable pour obtenir le relâchement musculaire.

Pronostic. — La myosite spontanée se résout souvent d'elle-même, sans aucun traitement, mais il n'est pas rare, même dans les cas les plus heureux, de voir persister dans les muscles qui ont été atteints des noyaux indurés qui engênent pendant longtemps les fonctions. L'exsudat inflammatoire soude les fibres musculaires les unes aux autres ; comme il rend les tendons immobiles dans leurs gaines, ils ne forment plus qu'une masse homogène qui a perdu toute sa souplesse. Ce produit inflammatoire est susceptible de s'organiser, les fibres charnues étouffées finissent alors par s'atrophier et disparaissent plus ou moins complètement, laissant à leur place une simple corde fibreuse (VELPEAU).

Traitement. — Dès le début, la région malade doit être immobilisée, on peut employer alors avec avantage les émissions sanguines locales (sangsues,

ventouses scarifiées). Si une circonstance quelconque empêchait d'y avoir recours, on appliquerait un vésicatoire volant. VELPEAU vante la compression comme moyen préventif de la suppuration. Contre la douleur, les cataplasmes et les divers émoullients sont certainement les meilleurs procédés ; si malgré cela elle persistait ou était trop violente, on ferait une injection de morphine. Plusieurs chirurgiens ont coutume de recouvrir la partie malade d'une forte couche d'onguent mercuriel, simple ou belladonné, attribuant au mercure une action très active dans la résolution de ces sortes d'inflammation. Ce moyen, dit VELPEAU, ne doit être employé qu'après avoir prévenu la suppuration par les procédés que nous avons signalés plus haut. Lorsque le mal aura cédé, on pourra de nouveau recourir à la compression pour favoriser la résolution des produits inflammatoires. Malgré tous les soins du chirurgien, la suppuration peut survenir, cette complication sera traitée comme les abcès ordinaires.

§ 3. — Myosite ossifiante

Bibliographie. — *Myosite ossifiante.* — PORTAL, *Anatomie médicale*, Paris, 1804. — RODGERS, *Gaz. médicale*, 1834, p. 347. — TESTELIN et DAMBRESSI, *Gaz. méd.*, 1839. — WILKINSON, *London Med. Gaz.*, 1846, t. XXXVIII. — DESPRÉS, Th. d'agrég., 1866. — MÜNCHMEYER, *Zeitschrift f. ration. Medicin*, t. XXXIV, 1867. — HALTENHOFF, *Arch. gén. de médecine*, 1869, t. II, p. 567. — VOLKMANN, in *Pitha und Billroth*, Bd. II, 1872. — PODASKI, in *Oest. Zeitschr. prakt. Heilkunde*, n° 19, 1873.

La myosite ossifiante est une affection caractérisée par le développement d'une lamelle osseuse plus ou moins allongée dans l'épaisseur d'un muscle. Cette lamelle parallèle au grand axe du muscle présente en général 10 à 12 centimètres de long, sur 3 à 5 centimètres de large. Les mouvements répétés et exagérés seraient la cause de la maladie. On trouve des productions de ce genre dans les muscles adducteurs chez les cavaliers, dans le muscle deltoïde gauche, dit-on, chez les fantassins. PITHA et BILLROTH en auraient rencontré dans le brachial antérieur ; ils lui reconnaissent comme origine des exercices gymnastiques trop fréquents.

Myosite ossifiante multiple. — Ce nom a été donné par MÜNCHMEYER à une affection aussi singulière que rare, dans laquelle plusieurs groupes musculaires sont successivement ossifiés. Des faits de ce genre n'ont été observés que par un nombre d'auteurs fort restreint (ABERNETHY, TESTELIN et DAMBRESSI, WILKINSON, HAWKINS, FLÖRSCHÜTZ). Les causes de la maladie restent absolument inconnues, aussi s'est-on empressé de faire appel à une prédisposition spéciale au traumatisme, etc.

Les muscles de la nuque sont les premiers atteints par l'ossification, puis l'affection s'accroît lentement, gagnant peu à peu les muscles du dos. La région dorsale tout entière se trouve dans certaines circonstances convertie en un plastron osseux, véritable carapace qui immobilise complètement la colonne vertébrale. Parfois les muscles du bassin, des cuisses, les masséters sont envahis à leur tour ; immobilisés sur leur lit, les malades finissent par succomber à la suite des troubles que l'affection fait naître dans l'exercice des diverses fonctions.

§ 4. — Myodiastasis. — Diastasis musculaire

Bibliographie. — GUBLER, *Journal de thérapeutique*, 1874, et *Arch. de méd.*, 1875. — BOURGUIGNON, Th. de Paris, 1875. — SIEFFERMAN, *Gaz. méd. de Strasb.*, 1875.

On éprouve de temps à autre pendant la contraction brusque d'un muscle, après un effort, un faux mouvement, des douleurs excessivement vives avec gêne dans l'accomplissement des fonctions du membre. Ces souffrances très distinctes des douleurs rhumatoïdes ordinaires ont été rangées par GUBLER, qui les a le premier étudiées en 1871, dans la classe des douleurs cynésialgiques ou de contraction. Des faits à peu près analogues, survenant brusquement mais à la suite d'efforts continus, furent observés en 1875 sur des ouvriers terrassiers employés à charger des wagons dans les travaux de déblaiement, et relatés dans la thèse de BOURGUIGNON.

Siège. — Sur vingt-cinq cas relatés par GUBLER, quatorze fois le mal siégeait sur la masse sacro-lombaire; viennent ensuite par ordre de fréquence, les muscles du cou et de la partie supérieure du dos; les membres sont plus rarement atteints, souvent alors un segment limité est seul malade.

Causes. Mécanisme. Pathogénie. — Contractions brusques, faux mouvements, efforts mal calculés, travail exagéré, telles sont les causes de la maladie. Dans quelques cas, dit GUBLER, le diastasis musculaire se montre lorsque la coordination volontaire ou automatique n'est pas suffisamment réglée; ainsi on le voit apparaître brusquement après une quinte de toux. Un certain degré de torpeur du système vaso-moteur peut produire le même résultat. C'est à cette cause qu'il faudrait rapporter la fréquence des crampes qui subitement se montrent dans les mollets des malades, au moment où le matin, encore à moitié endormis, ils posent le pied à terre. Les sujets atteints de rhumatisme musculaire chronique seraient particulièrement prédisposés à ces phénomènes. Est-ce là une simple contracture, y a-t-il rupture musculaire? Dans un mouvement brusque il peut se faire que quelques fibres musculaires soient déchirées, mais lorsque la région dorsale d'un promeneur nonchalant est tout à coup envahie, ainsi que le rapporte GUBLER, il est difficile d'admettre l'existence d'une rupture musculaire.

Symptômes. — Le début de cette affection est instantané. Douleur vive, assez aiguë dans certains cas pour déterminer une syncope, tel est le principal symptôme; cette douleur est persistante, de plus les moindres mouvements en augmentent l'intensité. Une pression même vigoureuse dans la région malade n'amène aucun paroxysme; il n'y a pas d'ecchymose, parfois cependant un peu de gonflement et d'œdème.

Traitement. — Repos, frictions, révulsifs, applications narcotiques, bains, massage ont été successivement employés. D'après GUBLER, l'électricité seule donnerait de bons résultats et aurait une action immédiate et certaine. Il faut de préférence employer l'extra-courant. On commencera par un courant faible ou moyen dont on augmentera progressivement l'intensité. La durée de la

séance doit être de 10 à 15 minutes. Sur vingt-six cas, GUBLER a obtenu vingt-six succès. SILBERMAN, à Strasbourg, a aussi enregistré deux résultats satisfaisants.

CHAPITRE IV

TUMEURS DES MUSCLES

§ 1^{er}. — Tumeurs solides des muscles

Bibliographie. — LEBERT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1844, et *Anat. path.*, t. II, p. 605. — BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1850. — VIDAL, *Ibid.*, 1853. — CHASSAIGNAC, *Soc. de chir.*, 1856. — AZAM, *Union médicale*, 1861. — PARMENTIER, *Ibid.* — VIGNES, *Tumeurs cancéreuses des muscles*, Th. de Paris, 1862. — TIEWAN, *On Tumours of Voluntary Muscles*, in *British a. Foreign Med. Chir. Review.*, t. XXXII, 1863. — DESPRÈS, *Tumeurs des muscles* (Th. d'agrég.), Paris, 1866. — TATUM et LOCKHARDT CLARKE, *Tumour in Muscles*, in *Holmes Syst. of Surgery*, 2^e édit., t. III, 1870. — PITHA and BILLROTH, Bd. II, 1872. — SOKOLOW, *Revue des sciences médicales*, 1873. — CHARVOT, *Étude clinique sur les épanchements sanguins du pli du coude*, in *Revue de chir.*, t. 1^{er}, 1881, p. 705.

Les tumeurs des muscles sont des affections assez fréquentes; nous allons présenter ici l'histoire clinique des variétés les plus connues et les plus importantes.

1^o Hématomes. — Cette forme de tumeurs, signalée par VELPEAU, TRÉLAT, VIRCHOW, décrite par DESPRÈS, a été l'objet d'un mémoire intéressant de CHARVOT.

Souvent, ainsi que nous l'avons fait remarquer, les déchirures complètes ou incomplètes des muscles s'accompagnent d'un épanchement sanguin assez considérable. Cet épanchement se résorbe en général facilement; on ne s'en occupe pas. Plus tard, le malade s'aperçoit tout à coup qu'il porte une grosseur dans la région autrefois contuse; à l'examen on se trouve en présence d'une masse dont le volume oscille entre celui d'une noisette et d'une noix; elle est dure, bosselée et présente une consistance caractéristique: on croirait avoir sous les doigts une production cartilagineuse ou osseuse. C'est un accident qu'il n'est pas rare de rencontrer au pli du coude après les luxations. La tumeur est située d'ordinaire dans l'épaisseur du brachial antérieur. Cependant l'un de nous l'a observée dans le triceps brachial. Pendant les premiers mois elle diminue lentement, subissant un retrait insignifiant, puis enfin elle reste stationnaire. Un de nos camarades porte depuis dix ans une tumeur de ce genre, et depuis cette époque elle n'a pas changé.

Les commémoratifs mettront sur la voie de la nature de la tumeur, puis l'exploration minutieuse de la région fera reconnaître l'intégrité des diverses apophyses osseuses; par exclusion on pourra acquérir une certitude presque