V

MYOSITE

Nous passerons en revue les myosites aiguës; la myosite infectieuse et certaines formes de myosites chroniques, ayant un intérêt chirurgical.

MYOSITES AIGUËS

Dionis des Carrières, Étude sur la myosite. Thèse de doct., 1851. — Velpeau, Leçons sur la myosite. *Gaz. des hôp.*, 1852. — Fischer, De la myosite, 1859. — Roeseler, Des abcès phlegmoneux des muscles. Thèse de doct., 1875. — Hayem, art. Muscles. *Dict. encycl.* — Le Dentu, art. Muscles. *Dict. de méd. et de chir. prat.* — Nicaise, De la myosite infectieuse. *Revue de chirurgie*, 1877. — Marquet, Recherches expérimentales sur le processus inflammatoire dans les muscles. Thèse de Nancy, 1879. — Scriba (de Tokio), Étiologie de la myosite aiguë. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1885. — Jackson, Myositis universalis acuta, infectiosa, with a case. *British med. Journal*, 1887, p. 498. — Brunon, De la myosite infectieuse primitive. Thèse de doct., 1887. — Quelques recherches sur la nature microbienne et la pathogénie de la myosite infectieuse primitive. *Normandie médicale*, 1891, p. 293. — P. Hepp, Ueber einen Fall von acuter parenchymatöser Myositis, welche Geschwülste bildet und Fluctuation vertäuscht. *Berl. klin. Woch.*, 1887, p. 389. — Lindner, Ueber Myositis. *Berliner klin. Woch.*, 1891, n° 50. — Boisson et Simonin, Des myosites infectieuses. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1895, XXV, p. 122.

Nous distinguerons la myosite *aiguë circonscrite* et la myosite *phlegmoneuse diffuse* (ou *myosite infectieuse*).

Myosite aiguë circonscrite.

Étiologie. — 1° Myosite secondaire. — Nous ferons rentrer dans ce groupe : 1° la *myosite traumatique*; 2° la *myosite par contiguïté*; 3° la *myosite secondaire*.

La myosite *traumatique* succède soit aux plaies ouvertes, soit beaucoup plus rarement aux lésions sous-cutanées des muscles. Les larges dénudations, celles que crée l'ablation totale du sein, par exemple, les lambeaux musculaires des amputations, permettent assez souvent d'étudier une forme circonscrite et relativement bénigne de la myosite traumatique. Les contusions et les ruptures sous-cutanées ne sont que très rarement le siège d'accidents inflammatoires, et c'est alors le foyer sanguin qui suppure : une écorchure, un *micro-trauma* cutané peuvent servir de portes d'entrée; ailleurs on peut incriminer une infection lointaine coexistante (angine, etc.), ou antérieure (un érysipèle, Reclus). On sait que des hématomes sont restés des mois et des années (Virchow) sans réaction, réalisant ainsi sur l'homme l'une des expériences fondamentales de Pasteur; on sait aussi que la suppuration s'y produit quelquefois à une date très retardée, par le mécanisme, sans doute, de l'infection de voisinage ou de l'auto-infection, dont nous venons de parler.

L'origine de l'infection est évidente dans les autres variétés de myosite secondaire. *Par contiguïté*, les muscles s'enflamment et suppurent au contact des

foyers phlegmoneux : c'est le carré lombaire dans l'abcès péri-néphrétique, c'est le psoas, à la suite des abcès de la fosse iliaque, etc.; ce sont les fusées purulentes intra-musculaires, dans les phlegmons des membres. Le siège précis de l'abcès permet de distinguer la myosite suppurée proprement dite du phlegmon de la gaine, ou *péri-myosite* (Ollier), plus fréquent et qui relèverait, dans nombre de faits, d'une angioleucite profonde suppurée, à distance (Dolbeau, voy. *Lymphangite profonde*).

La myosite secondaire se déclare au cours des maladies infectieuses aiguës; la pathogénie en devient très claire aujourd'hui, avec la théorie microbienne[1]. Comme le fait remarquer M. Hayem, ces myosites « sont diffuses et caractérisées, au début du moins, par de simples dystrophies qui ne s'élèvent au rang d'inflammation véritable que dans des points limités, au niveau de certains foyers ». Ces foyers de myosite et les abcès qui leur succèdent présentent seuls un intérêt chirurgical. C'est dans la fièvre typhoïde que ces myosites ont été surtout étudiées (Labuze, Chaparre, Jacobs), elles se voient encore dans les fièvres éruptives, surtout la variole et la scarlatine, dans l'érysipèle, la diphtérie, la fièvre pernicieuse algide (Vallin), l'ictère grave, le scorbut. L'embolie septique explique encore les abcès métastatiques intra-musculaires, dans l'infection purulente, l'infection puerpérale, l'endocardite ulcéreuse à forme pyohémique, ou encore ceux de la morve et du farcin. On a longtemps attribué au rhumatisme suppuré des abcès des muscles qui relevaient en réalité de l'infection purulente avec abcès métastatiques.

2° Myosite primitive. — On l'a surtout rencontrée chez des sujets jeunes ou adultes; il est rare que l'âge ait dépassé cinquante ans. Elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme; Dionis ne l'a observée chez la femme qu'une fois sur 10 cas, et l'on ne trouve que 2 femmes au nombre des 13 malades dont Fischer a rapporté l'histoire.

Les auteurs n'incriminent guère que le froid, surtout le froid humide et les exercices forcés,

Ici encore, l'action réelle du refroidissement reste obscure, bien qu'elle ait été frappante dans quelques observations. Le surmenage local est-il susceptible de créer, par lui seul, l'inflammation et la suppuration musculaires? On l'a dit; on a rappelé ces abcès des masses musculaires de la fesse qu'on trouve parfois chez les bœufs surmenés : et de fait, il a été démontré par les expériences de Roth, signalées plus haut, que la fatigue seule détermine, dans la substance charnue, des lésions de dégénérescence. Mais il est probable que le rôle, très nettement caractérisé dans certains cas, du surmenage local et général, se résume dans une question d'opportunité morbide et de terrain. Du reste, il est très fréquent que les muscles soient alors le siège de lésions traumatiques minimes, mais suffisantes à servir de porte d'entrée à l'auto-inoculation; des ruptures partielles, des infiltrations sanguines circonscrites, passées presque inaperçues, et qui se révèlent, à une échéance plus ou moins tardive, par la myosite et le phlegmon.

Ainsi s'expliquent ces abcès du grand pectoral gauche, chez les forgerons, que, dans certains pays, on qualifie du nom de « mamelle »; les mouvements de la main gauche, qui tord le fer, provoquent sans doute des ruptures partielles dans l'épaisseur de l'adducteur du bras.

[1] La preuve bactériologique a été maintes fois fournie : on a trouvé, dans ces abcès musculaires, le bacille d'Eberth associé au staphylocoque doré (Achard), ou isolé (Chantemesse et Widal), ou le staphylocoque doré isolé (Boisson et Simonin).

Ainsi comprend-on encore que ce soient les muscles « travailleurs » sur lesquels la lésion porte le plus souvent; les pectoraux, lieu d'élection, que nous venons de citer, les muscles de la région postérieure de la jambe, et spécialement les jumeaux, ceux de la région externe de l'avant-bras, les épitrochléens, le deltoïde, le biceps brachial, le biceps fémoral, les péroniers, le psoas[1].

Anatomie pathologique. — Il faut distinguer deux formes ou deux stades successifs :

1° *Forme hyperplastique* (Hayem). — Le muscle est-il à nu au fond d'une plaie, il se recouvre d'une couche de bourgeons charnus, épaisse de 1 à 5 millimètres, et qui se prolonge dans la profondeur, quelquefois à une distance de plusieurs centimètres. Au-dessous, on trouve des faisceaux primitifs atrophiés, de direction irrégulière, qui ont perdu leur striation et, semble-t-il, leur sarcolemme, et dont les noyaux, excessivement multipliés, sont groupés en séries à la surface ou au centre du faisceau; autour d'eux, le tissu embryonnaire forme déjà un réticulum fasciculé. A une profondeur plus grande, on ne trouve plus de fibres atrophiées, mais les faisceaux apparaissent sur les coupes transversales, encerclés d'une couronne de noyaux proliférés. A ce niveau, la néoformation embryonnaire est destinée à disparaître plus tard, alors qu'elle s'organise définitivement à la surface et se transforme en une couche fibreuse cicatricielle.

La myosite sans plaie est circonscrite et disséminée; le muscle prend un aspect grisâtre, il est plus dur, plus cassant, plus fragile, et la pression le dissocie aisément en une sorte de bouillie; voilà pourquoi les ruptures fibrillaires et fasciculaires et les infiltrations hémorragiques n'y sont pas rares. C'est un véritable ramollissement lors de lésion ancienne; la zone malade s'affaisse, elle est jaunâtre, molle, pâteuse.

Histologiquement, la lésion primordiale, d'après Hayem, intéresserait la fibre musculaire elle-même, mais les deux processus dystrophique et inflammatoire ne tardent pas à marcher de pair; les fibres charnues se gonflent, perdent leur striation, tombent en dégénérescence granuleuse ou vitreuse et se fragmentent en blocs irréguliers; en même temps, se produit une abondante prolifération des noyaux musculaires et de ceux du périmysium.

Pourtant la réparation peut être complète, et Zenker a décrit, le premier, dans la myosite typhique, la régénération des fibres striées, confirmées par les études de Hayem sur les myosites symptomatiques.

Ailleurs, la myosite se termine par la sclérose, et laisse derrière elle des traces indélébiles, ou encore le stade hyperplastique ne fait que précéder la suppuration.

2° *Forme suppurée, myosite suppurée.* — On trouve alors, disséminées dans la substance charnue, des nappes jaunâtres de pus : « à leur niveau, la partie malade a perdu son aspect musculaire, on dirait un tissu cellulaire imbibé de

[1] Scriba (de Tokio) a publié, en 1885, quatre observations de myosite aiguë, très nettes mais de forme bénigne, et terminées toutes trois par la guérison, qui intéressent de très près la pathogénie des myosites dites spontanées ou primitives. Dans trois cas, le malade était atteint d'un furoncle, et dans le quatrième, d'un abcès dentaire, et c'était quelques jours après l'ouverture des petites collections purulentes que des myosites avaient paru, lointaines par rapport à la lésion première, multiples, intéressant le biceps et le vaste externe, le grand adducteur de la cuisse et le grand pectoral, le soléaire, etc. On peut admettre, avec l'auteur, que les furoncles ou l'abcès aient servi de portes d'entrée à l'infection, que des causes d'ordre secondaire et local ont ensuite *fixée* en quelque sorte, dans tel ou tel muscle.

sérosité purulente ou de pus bien lié ». Ordinairement, la suppuration, d'abord infiltrée, se collecte ; il se forme un abcès. Le pus est rougeâtre, brun, sanieux, quand l'abcès succède à un hématome, et la cavité anfractueuse, déchiquetée, est toujours bordée d'une zone plus ou moins étendue de muscle dégénéré. Telle est la terminaison habituelle de ce qu'on a décrit sous le nom de *myosite hémorragique ou apoplectiforme*; Cruveilhier a été le premier à signaler l'apoplexie musculaire, c'est-à-dire l'hémorragie survenant au sein d'un muscle par rupture de ses vaisseaux, sous l'influence de lésions dégénératives : il rappelle un malade de Ronnet, mort d'érysipèle, et chez qui le muscle grand pectoral était ainsi bourré de foyers sanguins. Depuis, les cas analogues se sont multipliés, ils sont presque constants au cours des myosites secondaires.

Souvent uniques dans les myosites traumatiques, celles qui succèdent à la fièvre typhoïde[1], etc., les abcès sont multiples dans l'infection purulente et les maladies du même type.

Hayem, et depuis Marquet, ont bien mis ce fait en lumière, que le tissu interstitiel est le siège exclusif de la suppuration dans les muscles; les fibres charnues subissent toute la série d'altérations qui ont été plus haut décrites, et ce n'est que plus tard et accessoirement que les globules purulents s'immiscent jusque dans leurs gaines.

Symptômes. — La myosite s'annonce, en général, par la douleur et la contracture : douleur fixe, lancinante ou térébrante, que la pression et surtout les mouvements exaspèrent.

Le muscle se rétracte, il rapproche ses insertions, et, sous l'influence d'une sorte de « contracture par appréhension » (Hayem), les muscles voisins exagèrent encore l'attitude. De là, l'inclinaison de la tête et le torticolis inflammatoire, dans la myosite du sterno-mastoïdien; l'adduction forcée du bras, dans celle du grand pectoral; la flexion du genou, dans celle du biceps fémoral, etc. : autant de déformations caractéristiques que la rétraction fibreuse du muscle enflammé pourra, dans quelques cas, rendre définitives. Hayem signale encore d'autres contractures, plus lointaines et aussi plus passagères, sur le territoire des troncs nerveux qui traversent le foyer inflammatoire.

Sous la peau, rosée, œdémateuse, sèche (Guermonprez), quelquefois semée de macules ecchymotiques, le muscle dessine sa forme et accuse ses bords par un relief abrupt, très net, qui se détache et fait heurt au-dessus des parties ambiantes; il semble hypertrophié en masse. Au palper, c'est une *dureté ligneuse* (Velpeau), lardacée, qu'on sent sur toute son étendue; c'est une plaque épaisse, qui résiste entre les doigts, comme du bois ou de l'os, et que l'on peut contourner et circonscrire; on apprécie mieux encore son encapsulement et son indépendance.

Telle est la forme typique de la myosite; quelques frissons, de la fièvre, un état gastrique, l'annoncent et l'accompagnent ordinairement.

Du troisième au septième jour, en général, la tuméfaction est bien dessinée; elle peut persister sous cette forme, pour disparaître ensuite, de bonne heure, du huitième au dixième jour, si l'affection a été légère, en moyenne vers le vingt-huitième jour, d'après Fischer; la douleur s'atténue de plus en plus, le corps charnu reprend sa consistance et ses fonctions; il reste seulement à son niveau une zone endolorie.

[1] Someil, *Abcès musculaires dans la fièvre typhoïde.* Thèse de doct., 1894 (25 observ.).

Ailleurs, sans suppurer encore, la myosite passe à l'état fibreux; les contractures deviennent rétractions, et nous avons signalé les attitudes vicieuses qui, de ce fait, peuvent devenir permanentes; ou bien encore le muscle ne recouvre pas dans sa totalité sa consistance normale, et il reste induré par places; enfin il peut s'atrophier.

La *suppuration* doit-elle se produire, elle se marque par de nouveaux frissons, l'ascension thermique, le caractère plus aigu et plus lancinant des douleurs, la peau qui devient plus œdémateuse et plus rouge, et un gonflement local qui s'accuse de plus en plus en un point du corps charnu. L'abcès est long à se collecter : « tandis qu'il suffit de trois ou quatre jours pour que le phlegmon produise du pus, on peut espérer éviter la suppuration dix et même quinze jours après le début de la myosite » (Velpeau). L'abcès musculaire paraît alors à la surface du muscle, comme une bosselure fluctuante, que circonscrit une zone de dureté ligneuse, et cet aspect serait pathognomonique. Toujours est-il qu'il s'ouvre tard, et jusqu'à la cicatrisation dont nous avons indiqué plus haut le terme ordinaire, il faut compter deux mois et plus.

Cette forme circonscrite est relativement bénigne. Il n'en sera pas de même de la myosite phlegmoneuse diffuse.

Le diagnostic s'impose en présence du gonflement ligneux bien caractérisé. L'abcès musculaire pourrait être pris pour un phlegmon du tissu cellulaire ou pour une gomme ramollie.

Cette couronne indurée qui entoure le foyer purulent est déjà un signe excellent de sa situation intra-musculaire; la tuméfaction profonde et dure qui s'étend généralement dans le reste du muscle, la gêne des mouvements, etc., achèvent de préciser cette localisation. Le pus contient des fibres musculaires que le microscope permet de reconnaître, mais ce signe, déjà indiqué par Michel (de Strasbourg), est loin d'être pathognomonique.

Quant à la gomme ramollie, son évolution est beaucoup plus lente; son contenu, filamenteux et jaunâtre, l'ulcération qui lui succède, sont autant de caractères différentiels.

Le *traitement* devra consister dans les révulsifs, la saignée locale, et, au début, l'incision précoce et le lavage antiseptique des abcès; plus tard, la compression, et toutes les précautions locales qui préviendront les rétractions vicieuses.

Myosite phlegmoneuse diffuse.

(Myosite infectieuse, Nicaise, Brunon.)

Étiologie. — Elle ne repose que sur des données assez vagues. C'est de dix-sept à quarante-cinq ans que la myosite phlegmoneuse diffuse a été observée, et Brunon relève cette particularité que, dans l'ordre des âges, elle fait suite à l'ostéomyélite aiguë, qui, elle, s'adresse surtout à l'enfant et à l'adolescent. Au nombre des causes, le plus souvent banales, qu'on trouve énumérées dans les auteurs, il en est deux qui semblent indéniables : la réceptivité créée par l'état général et le surmenage, l'influence du milieu.

L'alcoolisme, la misère, l'alimentation insuffisante, et surtout les excès de fatigue, de marche, de travail musculaire, se retrouvent dans l'histoire de

presque tous les malades; aussi appartiennent-ils d'ordinaire à des professions rudes et à des métiers de force : forgerons, parqueteurs, mécaniciens, bouchers, etc.

A cette première influence s'ajoute celle du milieu. Ainsi en fut-il pour ce campagnard de trente ans, robuste et non alcoolique, dont parle Brunon : il vient à Paris, à pied, du département de la Haute-Saône, aux mois de novembre et décembre. A Paris, il continue à se surmener; il tombe malade, il est reçu dans une salle encombrée, et bientôt les quelques signes de rhumatisme subaigu qu'il présentait d'abord se compliquent de phénomènes typhoïdes; il meurt; à l'autopsie, on trouve une myosite du grand droit de l'abdomen.

Très souvent on signale un léger traumatisme, un effort, c'est-à-dire une minime rupture fasciculaire, au début du processus infectieux, comme si elle ouvrait la voie à l'auto-inoculation septique. L'un des malades de M. Nicaise était épileptique, et c'était quelques jours après une crise que survint une myosite des adducteurs fémoraux, puis du grand dentelé et du grand pectoral, myosite suppurée, diffuse, terminée par la mort. On retrouve quelquefois une lésion septique initiale, souvent très minime, et qui a servi de porte d'entrée : un furoncle, un abcès de la jambe, une écorchure du poignet. Dans un fait très frappant que nous avons observé, la septico-pyohémie *musculaire* s'était développée à la suite d'un simple adéno-phlegmon sous-maxillaire, d'origine dentaire et d'allures banales.

C'est là une affection rare, en somme, mais elle l'est beaucoup moins qu'on ne le croirait et nombre de faits sont passés inaperçus sous une autre étiquette morbide.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la myosite phlegmoneuse diffuse diffèrent peu en elles-mêmes de celles des autres formes de myosite; ce qui la caractérise, c'est la *diffusion du processus* et la *suppuration infiltrée*.

Dans presque toutes les autopsies aujourd'hui publiées, on a trouvé cette infiltration purulente des muscles atteints; pourtant, chez un malade de Brunon, la mort survint alors que la myosite (elle siégeait dans le grand droit de l'abdomen) en était encore à un stade plus précoce, à la *période hémorragique* : le muscle était infiltré de sang dans un périmètre de quatre travers de doigt, et le foyer d'une rupture partielle contenait un caillot diffluent.

Suppurée, la myosite phlegmoneuse diffuse se présente avec des caractères qu'on retrouve constamment. Foucault les indiquait déjà dans une des premières observations qu'on puisse rapporter à ce type morbide : « le muscle, dans toute son étendue (triceps brachial), mais surtout dans sa moitié inférieure, offre une infiltration purulente des plus singulières; chaque faisceau musculaire, pâle et rosé, est, à l'œil nu, séparé de ses voisins par des lignes blanchâtres; sur la section longitudinale, cet aspect est manifeste et il coule peu de pus; mais, si l'on vient à faire une section perpendiculaire, le pus s'écoule par la pression, comme d'une fine éponge, par tous les interstices fibrillaires. » Le même aspect est signalé par M. Nicaise : « les faisceaux musculaires sont grisâtres, infiltrés de pus, comme spongieux, et laissant écouler, par la pression, un liquide sanieux, puriforme, ou bien ils ont conservé une couleur rouge pâle et sont séparés par des traînées de pus. » Plus tard, le corps charnu se réduit en une bouillie grisâtre : le pus ne se collecte pas ou ne forme que des abcès très petits et disséminés. Dans le reste de son étendue, le corps charnu est

jaune ou grisâtre, terne, ramolli, friable, infiltré de sang; il est atteint, en un mot, de myosite avancée.

Quant aux recherches bactériologiques, du reste assez rares, elles n'ont pas permis de déceler d'autres micro-organismes caractérisés, que ceux de la suppuration : dans un cas de Brunon, on trouva, dans le foyer musculaire (avant-bras) des streptocoques associés à des staphylocoques et à d'autres microbes indéterminés: dans le cœur, des streptocoques en chaînettes, très abondants. Chez notre malade, le pus contenait des staphylocoques (voy. *Pathogénie*).

Les muscles le plus fréquemment atteints sont encore ceux qui fonctionnen le plus : le grand pectoral, le deltoïde, le triceps brachial, le biceps, le psoas, les muscles postérieurs de la jambe, le triceps fémoral, les adducteurs, le grand dentelé : nous allons voir que la localisation peut se faire sur un seul d'entre eux, ou s'étendre à plusieurs [1].

Symptômes. — Très souvent, la myosite phlegmoneuse diffuse affecte, dès le début, toutes les allures d'une infection aiguë : des frissons répétés, une fièvre élevée, 39,5 à 40 degrés, et continue, les nausées et les vomissements, la dyspnée, l'anxiété, la langue sèche et fuligineuse, la diarrhée, tout un ensemble de phénomènes typhoïdes au milieu desquels quelques douleurs rhumatoïdes, seuls indices de la localisation musculaire, passent presque toujours inaperçues. Les accidents cérébraux sont très fréquents, et Nicaise y insiste beaucoup; leur intensité, dans certains cas, est de nature à dérouter le diagnostic : la céphalée, le délire bruyant et continu, l'agitation, et plus tard, ou par intermittences, la prostration et le coma.

Il est des cas où la scène clinique se déroule tout entière et jusqu'à la mort, sous cet aspect de maladie générale; mais le plus souvent, après cette première atteinte, la manifestation musculaire s'accuse à son tour, ou encore la douleur locale est la première en date, mais toujours les désordres généraux tiennent le premier plan, et marquent bien la nature essentiellement infectieuse de la maladie.

La douleur est parfois très aiguë; plus vague au début, elle s'étend aux articulations voisines; puis elle se fixe, s'exagère par la pression et entrave les mouvements, comme dans la forme précédente.

Le muscle peut devenir, au moins en partie, dur et ligneux, comme dans la myosite circonscrite, mais souvent cette induration est moins nette, moins étendue; elle fait place à un empâtement douloureux, ou même à une pseudo-fluctuation profonde.

Une suffusion rougeâtre indique seule, parfois, à la surface de la peau, la myosite sous-jacente; ailleurs, c'est une teinte rougeâtre ou jaunâtre ecchymotique, avec des points plus foncés, et par places un développement très marqué des veines sous-cutanées. Cette peau est œdématiée; elle peut se soulever en certains points, sous forme de bosselures, plus sombres, qui recouvrent des hématomes ou des abcès.

Comme l'ostéomyélite aiguë, la myosite phlegmoneuse diffuse porte sur un seul muscle ou se dissémine et devient polymusculaire.

Sa marche est presque foudroyante, dans certains faits; en cinq jours, le malade est mort (3 observations), ou bien elle dure neuf jours, dix jours, ou

[1] Busch, *Ein Fall von multipler, acuter, eitriger Myositis ohne vorausgegangene Verletzung. Wiener med. Presse*, 22 juin 1890

encore elle se prolonge jusqu'au seizième jour. On peut donc distinguer une *forme suraiguë*, dépourvue presque de réaction locale, et une *forme aiguë* : toutes deux mortelles.

Mais la guérison n'est pas impossible; du moins on trouve quelques observations où la maladie, après un début bruyant, infectieux, a semblé se localiser tout entière dans un muscle : la suppuration s'est collectée, une incision a ouvert la voie à une énorme quantité de pus, et la réparation s'est faite peu à peu; ou bien encore le muscle est resté longtemps un peu induré et douloureux, le malade pâle, amaigri et faible, et la terminaison définitive a été heureuse. L'histoire de la périostite phlegmoneuse diffuse révèle une série de faits du même genre.

Pathogénie. — Voilà donc une maladie infectieuse des mieux caractérisées. L'agent septique, quelle qu'en soit la nature, se localise dans le tissu musculaire, et les exemples ne sont pas rares de ces *infections électives*. Du reste, les rapports de la myosite phlegmoneuse diffuse et de l'ostéomyélite aiguë sont peut-être plus étroits encore qu'il ne semble : F. Krause n'a-t-il pas conclu de ses expériences que, par l'inoculation du pus de l'ostéomyélite ou de cultures pures de *staphylococcus aureus*, on déterminait une maladie infectieuse qui se localisait surtout dans les muscles, les articulations, les os et les reins? C'est aux recherches bactériologiques qu'il appartient de donner une solution définitive du problème, mais on ne saurait dire que l'observation clinique n'en ait déjà posé très nettement les termes.

Diagnostic. — Au stade d'invasion de la myosite phlegmoneuse diffuse, comme au début de l'ostéomyélite aiguë, la prédominance des accidents généraux est susceptible de provoquer des erreurs. Par deux fois, dans les observations recueillies, on crut d'abord à un rhumatisme cérébral, tant le délire avait revêtu une intensité anormale. La fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, l'endocardite ulcéreuse, ont été aussi tour à tour confondues avec la forme suraiguë de la myosite. On ne pense pas à l'infection musculaire diffuse, et ce serait la recherche minutieuse des manifestations locales, des points douloureux, qui permettrait seule de la reconnaître.

Ces douleurs sont-elles plus marquées, on s'arrête tout d'abord à l'idée du rhumatisme articulaire aigu, ou encore, en raison des phénomènes généraux graves, au pseudo-rhumatisme infectieux.

Dans les cas moins aigus, où la détermination locale tient une large place, l'ostéomyélite aiguë, l'affection farcino-morveuse, l'infection purulente, sont les trois maladies qui seraient de nature à donner le change; l'ostéomyélite surtout, avec son début brusque, fébrile, que semble provoquer souvent un minime traumatisme, avec sa douleur locale et ses allures infectieuses; mais les points douloureux ont un siège tout différent, le gonflement est voisin d'une articulation, on ne trouve pas cette dureté ou cet empâtement le long d'un corps charnu qui caractérisent la myosite.

La morve et le farcin se distinguent surtout par leur étiologie; les abcès qui en résultent peuvent intéresser les muscles, mais ils sont ordinairement périarticulaires.

L'infection purulente, suite de plaie, a pour elle le tracé irrégulier de sa fièvre, le siège multiple de ses abcès, les phénomènes articulaires, etc. Mais