Quant à l'abcès froid, s'il se tend et durcit manifestement lors de la contraction musculaire, on aura là, avec les indices que fournit l'exploration, un bon élément de diagnostic. Il faut reconnaître que, très souvent, l'examen direct, au cours de l'intervention, permet seul une conclusion.

Traitement. — On ne s'attardera pas aux procédés d'efficacité douteuse et inconstante, tels que la compression, les injections iodées ou iodoformées, etc. Ce qu'il faut faire, et le plus tôt possible, c'est l'excision totale du foyer tuberculeux intra-musculaire.

S'agit-il d'un noyau encore solide, on l'enlèvera comme une tumeur en prenant soin d'empiéter largement sur le muscle sain qui l'entoure. Lanz et de Quervain, en présence d'un tubercule, gros comme une noix, du grand palmaire, procédèrent à l'ablation totale du muscle, et ils préconisent cette méthode radicale qui donne plus de sécurité pour l'avenir. Si le noyau est bien isolé, si la substance charnue a conservé son aspect et sa coloration habituelles, si le muscle est de grande importance fonctionnelle et de suppléance difficile, l'extirpation de la tumeur et celle du tissu ambiant pourront suffire à moins de frais. Il serait de bonne pratique, du reste, après l'excision totale du corps charnu, d'en réunir le tendon à un tendon voisin et congénère (voy. Tendons, Suture par anastomose).

L'abcès froid doit être extirpé comme le tubercule encore solide; au lieu de se borner à un curettage toujours incomplet, il est bien préférable de disséquer largement aux ciseaux la paroi de l'abcès, en suivant et en recherchant ses

diverticules.

C'est surtout dans la forme infiltrée, dans la myosite tuberculeuse, que l'excision du muscle entier sera indiquée. Encore faudra-t-il que la situation et les dimensions du muscle la rendent praticable.

S'il existe des foyers polymusculaires, si l'état général est gravement atteint, l'intervention n'aura plus guère de raison d'être. Enfin, dans la tuberculose secondaire, on s'attachera, au cours des opérations nécessitées par la lésion tuberculeuse primitive, à la suite des résections, par exemple, à poursuivre et à extirper les foyers musculaires circonvoisins.

VII

SYPHILIS DES MUSCLES

La syphilis détermine dans les muscles deux ordres de lésions : les unes, passagères, superficielles en quelque sorte, et qui sont contemporaines des accidents secondaires; les autres, qui altèrent la substance charnue dans sa structure même, ce sont les lésions tertiaires, myosite scléreuse et myosite gommeuse.

Bouisson, Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes. Gaz. méd. de Paris, 1846. — Notta (de Lisieux), Arch. de méd. et Moniteur des hôpitaux, 1855. — Monginor, Des tumeurs syphilitiques des muscles et des tendons. Thèse de doct., 1851. — NÉLATON, Gaz. des hôp., 1858. — Saint-Arroman, Des tumeurs gommeuses du tissu cellulaire et des muscles. Thèse de doct., 1868. — Rollet, art. Muscles. Dict. encycl., t. XI, 1se part., p. 419. — De Sirv, Progrès méd., 1875, p. 242. — Mauriac, Myopathies syphilitiques. Ann. de dermat., 1876, t. VII. — Traisnel, Gommes du sterno-mastoïdien. Thèse de doct., 1876. —

Ballivet, Sur les tumeurs syphilitiques du sterno-mastoïdien et sur la myosite des nouveaunés. Thèse de Lyon, 1878. — Lécuyer, Gommes du sterno-mastoïdien. Thèse de doct., 1881. - Jullien, Traité des maladies vénériennes. - Neumann, Contribution à l'étude de la myosite syphilitique. Vierteljahresschrift für Dermat. und Syph., 1888, p. 18. — Grisling, Induratio musc. sterno-cleido-mastoïdei neonatorum (myositis st.-cl.-mast. neonat.). Arch. für Kinderheilkunde, 1890, XII, p. 321. — Prost, Myopathies syphilitiques (contracture du biceps). Thèse de doct., 1891. — Lewin, Myositis syphilitica diffusa seu interstitialis. Charité Annalen, 1891, XVI, p. 753. — Köhler, Muskel-Syphilis. Berl. klin. Woch., 1894, nº 8.

1º Syphilis secondaire. — Myosalgies. — Elles sont surtout fréquentes à cette période, bien qu'elles se voient aussi aux autres âges de la syphilis.

Ce sont parfois des douleurs diffuses, presque généralisées, et cette sorte de courbature fébrile, que Bassereau a décrite dans les premiers temps de l'infec-

Plus souvent, elles se localisent et affectent différentes formes : le lumbago syphilitique, le torticolis dû à la myosalgie du sterno-mastoïdien et du trapèze et des muscles postérieurs du cou; la céphalée elle-même, attribuable dans quelques cas à l'occipito-frontal (Rollet) et, au membre inférieur, le psoas douloureux et enraidi, qui aurait fait croire parfois à une psoïtis.

La douleur est surtout nocturne; la pression et les mouvements l'accroissent; elle coexiste avec un léger affaiblissement contractile. Intermittente, elle cesse au bout de quelques jours, ou se prolonge des semaines.

Elle obéit au traitement spécifique.

Contracture. — Dès le xvie siècle, elle est indiquée par Ulrich de Putten (1559), et Theodosius (1553), qui signale l'un des premiers l'action de la syphilis sur les muscles, semble aussi connaître déjà la rétraction musculaire d'origine syphilitique. Petit-Radel (1812) parle à son tour d'une confracture qu'il rattache à la syphilis, et Lagneau en donne des exemples.

C'est encore sous ce nom que Ph. Boyer en consigne deux observations dans son Traité pratique de la syphilis (1856), et que Ricord, en 1842, en publie trois autres.

Le mémoire de Notta (de Lisieux), un autre fait qu'il relate dans le Moniteur des hôpitaux (1855), une leçon de Gosselin à l'hôpital de la Charité, enfin l'étude très complète de Mauriac sur l'affection syphilitique du biceps, représentent les principaux documents de l'histoire de cette affection.

C'est sur le biceps brachial (1), en effet, que porte, avec une prédilection encore inexpliquée, la contracture syphilitique : elle y revêt sa forme typique. On l'a vue pourtant sur d'autres muscles, le biceps fémoral et le demi-tendineux qui, raccourcis, tiennent le genou en flexion; le sterno-mastoïdien et le trapèze, les muscles masticateurs, la masse sacro-lombaire et même, dit-on, les muscles de l'œil; on a été plus loin, et Bouisson et Davasse ont voulu attribuer certains phénomènes passagers de rétrécissement du rectum et de l'œsophage à un spasme de leurs fibres lisses, d'origine syphilitique.

La contracture est précoce, d'après Mauriac, et, bien qu'elle puisse être contemporaine des gommes, elle appartient, en règle, aux accidents secondaires, et paraît au sixième, septième, dixième mois, à la fin de la première année. Sa fréquence ne semble nullement régie par le degré de gravité initiale de la syphilis; on ne lui connaît pas de causes occasionnelles; ce qu'on a remarqué, c'est

⁽¹⁾ Et plus fréquemment sur le biceps droit.

qu'elle coexiste souvent avec les formes douloureuses de la vérole, celles qui s'accusent dès leur début par des névralgies, des arthralgies, et enfin des myosalgies; c'est la forme myo-névropathique de Mauriac.

La contracture s'installe lentement et sans à-coups; c'est une raideur, un poids, une gêne dans les mouvements, une légère flexion de l'avant-bras qui devient permanente, et dont le malade ne s'aperçoit souvent pas; mais l'angle de flexion se ferme de plus en plus; il variait chez les malades de Notta, de 160 à 90 degrés; il dépasse même l'angle droit, et les deux segments se rapprochent encore à angle aigu

Le biceps est plus gros, « roulé en boule » (Mauriac), plus dur et plus tendu, sans avoir la rigidité du muscle en contraction; son tendon, rétracté, saillant, se détache, sous forme de corde, au pli du coude. Cherche-t-on à étendre l'avant-bras, on éprouve une résistance très marquée et l'on provoque une douleur aiguë; graduellement, sans ressaut, il revient à sa position première; cherche-t-on à le fléchir davantage, même résistance, mêmes difficultés : le membre semble fixé dans sa situation, c'est une sorte d'ankylose musculaire. Et, de fait, le triceps est lui-même plus épais, plus dur que celui de l'autre bras; au choc et à l'électricité, il réagit comme le biceps. Au choc, sur les muscles contracturés, le bourrelet de myxœdème se dessine beaucoup mieux; l'électricité est à peine sentie et n'éveille qu'une contraction fort atténuée.

Le corps même du muscle est rarement douloureux; s'il se contracte spontanément pour exagérer la flexion de l'avant-bras, il le fait sans souffrance; il ne souffre que par la distension forcée que lui imprime l'extension de l'avant-bras; c'est surtout aux extrémités du muscle, près de ses tendons, que la douleur s'accuse. La pression permet du reste de la localiser.

L'articulation elle-même est intacte, et l'exploration de son pourtour ne révèle rien d'anormal.

C'est avec les mêmes caractères que la contracture se retrouve au genou ou dans d'autres régions. H. Zeissl (¹) a présenté à la Société de médecine de Vienne un malade atteint d'une contracture syphilitique du biceps fémoral qui maintenait la jambe en flexion à peu près à angle droit, et l'obligeait à marcher avec des béquilles. Plusieurs mois de traitement spécifique firent tout disparaître.

De lente allure, la contracture syphilitique se prolonge plusieurs mois, quelques-uns disent même plusieurs années; elle cesse peu à peu, après des intermittences d'atténuation et de rechutes; le traitement spécifique en a très rapidement raison.

Ce dernier trait permettrait, à lui seul, d'en reconnaître la nature; on ne pourrait la confondre qu'ayec les contractures que provoque autour d'elle une arthropathie syphilitique, mais de telles contractures affectent, en général, tous les muscles péri-articulaires; elles sont plus serrées, et l'exploration de la jointure n'est pas sans révéler quelque atteinte morbide.

Mais quelle est, en réalité, la nature de cette étrange affection?

Rollet admet qu'un certain nombre de faits relèvent d'une myosite syphilitique, d'une gomme en voie d'évolution et encore dissimulée, mais l'action si rapide du traitement spécifique ne permet pas d'étendre cette hypothèse à la majorité des faits. Il s'agit d'une contracture, et qui porte à la fois sur les fléchisseurs et les extenseurs : contracture réflexe, qui, au bras, serait consécu-

(1) Cité par Neumann.

tive à la synovite de la bourse séreuse sous-bicipitale, d'après quelques auteurs; contracture essentielle, due à l'action de la syphilis sur la substance charnue ou sur les nerfs intra-musculaires, d'après Mauriac. Un examen histologique apporterait à la solution du problème l'élément précis qui lui manque.

Nous ne ferons que signaler ici le tremblement syphilitique décrit par le professeur Fournier (¹) et Aparicio (²); l'affaiblissement et l'amaigrissement musculaires, quelquefois précoces; enfin, les atrophies de certains groupes musculaires, d'origine syphilitique, telles que Rodet (⁵), Austin (⁴), Baréty (⁵), en ont signalé des cas.

2º Syphilis тептіліке. — L'histoire de la syphilis tertiaire des muscles date de très loin; Astruc (1777) semble avoir été le premier à décrire les gommes musculaires.

Ph. Boyer, Ricord, Sidney Jones, inaugurent une étude plus précise de la myosite syphilitique, et le mémoire de Bouisson, en 1846, marque une étape dans cette histoire.

Depuis, l'anatomie pathologique des « tubercules syphilitiques » a été faite par Ricord, Lebert, Robin, Virchow, Lancereaux. Les thèses de Monginot, de Thévenet (6) et de Saint-Arromand résument les données cliniques.

Enfin la thèse d'agrégation de Desprès, les thèses de Traisnel, Ballivet, Lécuyer, sur les gommes du sterno-mastoïdien, les travaux didactiques de Rollet et de Jullien, les leçons de Mauriac et celles de Fournier, d'autres mémoires de détail qui seront indiqués à leur place, constituent à la syphilis musculaire une série de documents.

Étiologie. — Ce n'est pourtant pas une localisation fréquente de la vérole : sur 214 cas de syphilis tertiaire, Jullien n'a relevé que 6 fois la syphilis des muscles, soit un terme de fréquence de 2,8 pour 100; les gommes sont plus rares que la myosite scléreuse, plus rares aussi que la contracture étudiée plus haut.

Exceptionnelles chez les très jeunes sujets (Nélaton), on les rencontre ordinairement de vingt à cinquante ans au plus tard, mais elles peuvent être congénitales et relever de la syphilis héréditaire; Lécuyer donne deux faits de gommes du sterno-mastoïdien, d'origine congénitale, et Fournier publie une autre observation qu'il rapporte à la syphilis héréditaire tardive.

L'âge de la vérole où paraît la myosite gommeuse ou scléreuse varie un peu : elle peut être précoce, et Mauriac a vu des gommes musculaires au 5° mois, au 65° jour, au 160° jour; dans un mémoire récemment présenté à la Société de médecine de Berlin, Karewski (7) insiste à son tour sur le développement des tumeurs gommeuses des muscles « à une période qui n'est pas très éloignée de l'infection syphilitique primaire ». Plus souvent, la gomme musculaire paraît au stade moyen de la syphilis tertiaire, de la 5° à la 5° année. Est-elle la marque d'une syphilis maligne, comme le professait Nélaton et comme l'admet encore

⁽¹⁾ Fournier, Leçons sur la syphilis.

⁽²⁾ Aparicio, Études sur le tremblement syphilitique. Thèse de doct., 1872.

⁽⁴⁾ Austin, Trans. of the pathol. Soc., 1873.

 ⁽⁵⁾ Baréty, Ann. de derm., 1874.
 (6) Thévenet, Thèse de doct., 1858.

⁽⁷⁾ Karewski, Bulletin de la Société de méd. de Berlin, 20 février 1889, et Semaine médicale, 27 février 1889.

Ballivet; ou d'une syphilis non traitée, comme le croit Lécuyer? On ne saurait formuler à ce point de vue que des probabilités.

Peut-être l'activité de certains muscles est-elle pour la vérole une cause d'appel et de localisation? Toujours est-il que gommes et sclérose affectent surtout les muscles longs des membres (Virchow), surtout ceux du membre inférieur, de la nuque et du cou, le sterno-mastoïdien, le biceps brachial, le grand pectoral, le triceps crural, le grand fessier, le deltoïde, l'extenseur commun des doigts, le trapèze, le masséter, le buccinateur, le biceps fémoral, les jumeaux, le jambier postérieur, le couturier, le demi-membraneux. Neumann (de Vienne) a montré qu'il fallait compter aussi le sphincter externe de l'anus au nombre des muscles que la syphilis attaque le plus fréquemment. Il faut ajouter la langue, les lèvres, le voile du palais, le rectum, le cœur (voy. Chirurgie des régions).

La myosite tertiaire est scléreuse ou gommeuse. Dans l'une et l'autre forme, le tissu interstitiel s'épaissit, s'infiltre de noyaux embryonnaires, mais la néoformation s'étend en nappe, ou se rassemble en tumeur. Ce qui caractérise la myosite scléreuse, ce sont des travées fibreuses, blanches ou grisâtres, qui sillonnent le corps charnu, le gonflent d'abord, puis l'indurent et le rétractent : la fibre contractile s'atrophie par compression.

Les gommes constituent des noyaux du volume d'une noisette, d'une noix, d'une orange, entourés d'une coque de myosite scléreuse, qui s'épaissit avec le temps : leur coupe est blanche, grisâtre ou jaune, ou encore rose pâle; elle est ferme d'abord, et la structure, étudiée par Haldane (d'Édimbourg), ne diffère pas de celle des autres gommes.

Myosite et gomme peuvent aboutir à un même terme, à la sclérose, et même plus loin encore, à la calcification et à l'ossification. Bouisson n'attribue-t-il pas à une telle origine une pièce osseuse d'un volume énorme, occupant le triceps crural, qu'il avait vue au musée de la Faculté de Strasbourg?

Symptômes. — Il faut séparer, en clinique, la myosite scléreuse et la gomme.

Myosite scléreuse. — Des douleurs, surtout nocturnes, des contractures, une tuméfaction diffuse du corps charnu, des attitudes vicieuses : tels sont les caractères de la myosite, d'allure aiguë et presque inflammatoire. Ailleurs elle est, dès le début, lente et silencieuse; si le traitement n'intervient pas, la sclérose naît fatalement; le muscle ne forme plus qu'une lamelle ou un cordon aminci et dur, et la déformation est définitive. Mauriac cite un jeune homme de vingt-cinq ans qui, à la suite d'un lumbago syphilitique, conserva une flexion en avant de la colonne vertébrale, et ne se redressa jamais. Tel est encore le torticolis syphilitique. Guyot (¹) a attiré l'attention sur le resserrement des mâchoires par myosite syphilitique du masséter. Ph. Boyer l'avait déjà observé, et Deville (²), Bornet (³), Blavette (¹), Bouilly, en ont rapporté d'autres faits : c'est là une variété de constriction des mâchoires qui ne doit pas être oubliée, et le traitement spécifique suffit alors à éviter une intervention sanglante.

Et, en effet, la myosite syphilitique reste longtemps curable, et, sur les trois

cas rapportés par Guyot, deux fois l'iodure de potassium fut encore efficace, sur une rétraction syphilitique du masséter, qui datait de trois ans.

Gomme. — Son début est celui de la myosite, ou plus souvent elle naît et grossit sans réaction et sans souffrance. Plus tard, par compression, elle provoque parfois des névralgies, et Zambaco cite une gomme qui avait englobé le nerf cubital : il y avait de la rétraction et de l'engourdissement du membre, et les deux derniers doigts étaient à demi paralysés.

En certaines régions, l'élément douleur devient prédominant, au sphincter externe de l'anus, par exemple; Neumann signale des douleurs aiguës et du ténesme, pendant et après la défécation, et qui peuvent durer des heures ou des journées.

Au palper, on sent d'abord un empâtement, mal circonscrit, en un point du

muscle, et cela, le plus souvent, vers ses extrémités, dans la région musculo-tendineuse; puis l'empâtement se rassemble, se soulève, se dessine en relief sous la peau.

Sa forme est arrondie ou ovoïde, ou bien il s'étale au long du corps charnu, bridé par sa gaine fibreuse; il peut envahir le muscle en entier et le tripler de volume. Quelquefois le muscle est parsemé de noyaux gommeux, et la langue « rembourrée de noisettes » est devenue classique, depuis les descriptions de Clarke et du professeur Fournier. Enfin la tumeur gommeuse porte quelquefois sur deux muscles symétriques: Bouisson relate un cas où l'extrémité inférieure des deux sterno-mastoïdiens et la poignée du sternum, affectés simultanément, figuraient une sorte de croissant à sinus supérieur.

La gomme reproduit tous les signes des tumeurs intra-musculaires (voy. plus loin). Elle est dure au début, et longtemps elle peut persister à l'état scléreux, sclérosée, durcie, et à jamais rebelle au traitement.

Fig. 172. — Gomme de la portion sternale du sterno-mastoïdien.

Mais le ramollissement et l'ulcération sont une terminaison plus fréquente encore; d'après Ballivet, un tiers des gommes musculaires s'ulcéreraient, et Virchow avait signalé depuis longtemps qu'un certain nombre de prétendus abcès des muscles ne sont, en réalité, que des gommes ramollies. Ulcérée, la gomme laisse un cratère profond, anfractueux, que l'extension de la lésion tertiaire à la peau, au tissu conjonctif, aux aponévroses, agrandit encore; à sa suite, une cicatrice fibreuse affaiblira plus ou moins l'organe contractile, ou rendra permanentes des rétractions ou des attitudes vicieuses.

Diagnostic. — La myosite syphilitique subaiguë pourrait faire penser au rhumatisme musculaire, ou à d'autres variétés de myosite : le gonflement et l'induration de la substance charnue n'existent pas dans le rhumatisme simple; la localisation de la lésion aux extrémités du muscle, sa marche lente, sa ten-

⁽¹⁾ Guyot, Myosite syphilitique du masséter. Gaz. des hôp., 1875, p. 798.

⁽²⁾ Bull. de la Soc. anat., 1845, p. 276.

⁽⁵⁾ Bull. de la Soc. de chir., 22 janvier 1851.
(4) BLAVETTE, Du resserrement des mâchoires. Thèse de doct., 1860 (5 observat de myosite syphilitique des muscles masticateurs).

dance sclérosante, lui constituent autant de traits spéciaux. Enfin, le phlegmon de la gaine, dans quelques muscles, tel que le phlegmon large du cou (Dupuytren), ou encore la phlébite intra-musculaire, chez les variqueux, ont des allures en général trop nettement inflammatoires pour tenir longtemps en erreur.

Nous avons esquissé ailleurs le diagnostic différentiel des gommes et des

tumeurs des muscles (voy. Néoplasmes des muscles).

Enfin, dans les ulcérations gommeuses à cratères multiples, à base irrégulière, et qui envahissent souvent jusqu'aux os voisins (poignée du sternum), on pourrait croire à la tuberculose. C'est la longue durée de l'affection, c'est l'aspect des surfaces ulcérées et la situation profonde des tumeurs qui servent alors d'éléments différentiels.

Il faut s'adresser enfin au criterium suprême : le traitement spécifique; il n'est pourtant pas infaillible, et, nous l'avons vu, telle gomme, ancienne et

sclérosée, lui résiste souvent.

Peut-on faire la part exacte du muscle et de l'aponévrose, dans une tumeur gommeuse? Distinction fort difficile et sans utilité pratique, puisque l'un et l'autre sont presque toujours intéressés ensemble. Peut-on différencier une gomme cutanée ou sous-cutanée de la gomme musculo-aponévrotique? Ici il en est tout autrement, et les signes de tumeur musculaire, qui sont le propre de la dernière forme, suffisent à la caractériser.

Pronostic. — Le pronostic serait donc grave sans la ressource du traitement, grave par la localisation des lésions quelquefois, et aussi par les désordres qu'elles laissent après elles.

Traitement. — Le traitement spécifique doit être institué d'emblée et à haute dose: 1 à 2 grammes d'iodure de potassium au début, pour s'élever progressi-

vement jusqu'à 5, 6 grammes et plus.

Localement, l'intervention est très bornée. A la période tardive, en présence de rétractions et de déformations constituées, le traitement orthopédique, redressements, sections sous-cutanées, etc., serait quelquefois de mise (voy. Régions).

VIII

KYSTES HYDATIQUES DES MUSCLES

La première observation de kyste hydatique musculaire remonte à 1699: elle est due à Godfroy Bidloo (de Rotterdam) ; c'était un kyste hydatique suppuré du muscle trapèze, qui fut incisé et contenait plus de 36 vésicules secondaires.

Un siècle plus tard, en 1805, Jannin, chirurgien à Vallières, rapporte un nouveau fait pratique concernant un dépôt d'hydatides à la région lombaire droite.

D'autres cas sont publiés successivement par Dupuytren, Baird, J. Baron,

Mélier, Græfe, Andral, etc.

En 1851, une discussion a lieu à la Société de chirurgie, à l'occasion d'un malade présenté par Marjolin. En 1865, dans un rapport à la Société anatomique sur une présentation de M. Sanné, M. Fernet rassemble 14 observations d'hydatides musculaires, dont il faut défalquer 2 faits de cysticerques, et cherche à en formuler les traits cliniques principaux. Desprès, l'année suivante, dans sa thèse d'agrégation, ajoute 6 autres cas, et en fait l'objet d'un très intéressant chapitre.

La thèse d'Orillard, la première qui soit exclusivement consacrée aux kystes hydatiques musculaires; un mémoire de Bergmann, sur le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques externes, doivent être signalés encore au cours

de cette période.

Depuis, le mémoire de Boyron, les leçons de Gosselin, les thèses de Brassart et de Martinet, sur les kystes hydatiques externes, le mémoire de Tavel, enfin la thèse de Bourel-Roncière, les observations éparses, et en nombre déjà imposant, constituaient les éléments encore isolés de l'histoire des kystes hydatiques des muscles volontaires.

C'est à les réunir tous dans un travail d'ensemble que E. Marguet a consacré son excellente thèse inaugurale, dont les conclusions se basent sur 150 observations, dont 29 inédites et 24 personnelles, et sur l'analyse de 75 autres faits douteux. Il faut aujourd'hui grossir ces chiffres d'un certain nombre de faits publiés depuis 1888.

Audiat, Des kystes hydatiques des muscles. Thèse de doct., 1888. — Marguet, Kystes hydatiques des muscles volontaires. Thèse de doct., 1888 (donne toute la bibliographie et reproduit toutes les observations). - Lannelongue, Kyste hydatique des muscles de la cuisse. Bull. de la Soc. de chirurgie, 1888, t. XIV, 117-119. — Ball, Hydatid cyst of deltoïd muscle. British med. Journal, 1888, I, p. 537. — Tédenat, Kyste hydatique des muscles de la masse commune. Nouveau Montpellier méd., 1892, p. 6. — J. Heye, Ein Beitrag zur Lehre von Muskel-Echinococcus. Inaug. Diss. Berlin, 1894. — Reboul, Sur quelques cas de kystes hydatiques des muscles. Congrès fr. de chir., 1894.

Étiologie. - L'étiologie générale des kystes hydatiques ne fera pas ici l'objet d'une longue étude : elle se résume dans l'ingestion des œufs du tænia echinococcus.

L'intestin du chien domestique servant de principal habitat au cestode, c'est à rechercher les modes de passage du chien à l'homme que le problème se ramène, en dernière analyse: la transmission a lieu, soit par voie directe (caresses, privautés accordées au chien, dont la cavité buccale, les lèvres, le museau et ses longs poils peuvent être imprégnés d'œufs), soit par l'intermédiaire des aliments ou de l'eau. Et ce dernier mode de transmission serait de beaucoup le plus fréquent : sur les 150 observations de Marguet, quatre fois seulement la promiscuité de l'homme et du chien était avérée (1).

Il semble que les kystes hydatiques musculaires obéissent à peu près aux mêmes variations régionales que l'ensemble des kystes hydatiques: d'après les relevés de Marguet, leur nombre, par rapport à celui des kystes hydatiques en général, serait d'environ 2 pour 100. Sur une statistique de 7156 cas, résultant d'une série de tableaux publiés par Thomas (kystes hydatiques observés dans les hôpitaux d'Australie) et totalisés par Marguet, on trouve : kystes du foie,

⁽¹) Mais le ténia échinocoque n'existe lui-même chez le chien qu'avec un degré de fréquence très variable: en Islande, d'après Krabbe, les chiens sont infestés dans la proportion de 28 pour 100; en Danemark, ils ne le sont que dans celle de 0,6 pour 100; en Australie, le chiffre est plus élevé encore qu'en Islande, et 40 pour 100 des chiens seraient ténifères (J.-D. Thomas). Il est donc aisé de comprendre que l'Australie et l'Islande soient en quelque sorte les terres classiques du kyste à échinocoques: le nombre des chiens, leur degré d'infestation, créent pour l'homme lui-même un danger tout spécial de contamination.