

III

MYOSITES AIGÜES

PAR LE D^r MARTINEZ VARGAS

Professeur de Pédiatrie à l'Université de Barcelone.

Définition. — La myosite aiguë est l'inflammation primitive ou secondaire du tissu musculaire strié sans participation immédiate de l'élément nerveux. Il faut excepter de ce groupe le tissu musculaire à fibres lisses. Federico Rubio¹ a proposé le nom de *miitis*.

Quoique l'anatomie et la physiologie démontrent que les muscles striés ont une relation intime avec le système nerveux, la myosite est représentée par un trouble particulier et exclusif de la fibre musculaire avec une indépendance absolue de l'élément nerveux. Les recherches histologiques ont prouvé cette indépendance pathologique. Les faits cliniques le prouvent aussi, et c'est ce qui arrive avec la polymyosite aiguë, laquelle ayant, quant à la forme de ses douleurs, quelques ressemblances avec la polynévrite, ce qui produit une certaine confusion, on peut la distinguer parfaitement de l'autre par une exploration minutieuse. C'est ce que nous traiterons plus loin. Il est évident que le muscle strié a deux caractères. En une certaine façon, c'est d'une part une dépendance du système nerveux et l'exécuteur des actes volitifs puisqu'il recoit, dans sa propre masse, les terminaisons nerveuses du neurone périphérique, lequel lui donne la puissance motrice et la qualité trophique. En échange, d'un autre côté, c'est un organe indépendant, avec une structure spéciale et avec une origine embryonnaire différente du mésoblaste.

En effet, si le muscle devient malade de même que le système nerveux et cela fréquemment, la maladie étant plutôt nerveuse que musculaire, la *myosite* doit être considérée comme un trouble indépendant de l'élément nerveux, dans lequel la texture des terminaisons nerveuses ne s'altère point et ses facultés motrices et nutritives non plus. Si, par hasard, elles s'altèrent tardivement et d'une manière tout à fait secondaire, la fibre musculaire striée est la seule affectée au début. La myosite, soit partielle, soit multiple, est une affection protopathique du tissu musculaire qui diffère des myopathies. Schüller⁽²⁾ a divisé les maladies musculaires en deux groupes: 1°. — Maladies musculaires d'origine endogène (entre autres, la *myosite ossifiante progressive*); 2°. — Maladies musculaires de cause exogène.

Dans ce chapitre nous ne parlerons que du deuxième groupe.

J'étudierai ici les *myosites aiguës* et, quoique la myosite tuberculeuse

⁽¹⁾ FEDERICO RUBIO. *Reseña del Quinto ejercicio del Instituto de Terapeutica operatoria del Hospital de la Princesa*. Madrid, 1885, p. 256.

⁽²⁾ *Jahrbuch für Kinderheilk.* Août 1905.

soit un trouble chronique, je m'occuperai de ce qui peut la concerner.

Historique. — La description de cette maladie est de date récente. Il y a beaucoup d'ouvrages qui n'en parlent même pas.

En l'année 1885, le fameux chirurgien espagnol Federico Rubio¹ se plaignait de l'abandon dans lequel était laissée une partie aussi intéressante de la pathologie. Il fit remarquer l'importance de la myopathologie, il créa le mot *miitis* pour désigner l'inflammation du muscle et distinguer les formes idiopathique, simple et spécifique. En outre, il fit une description très étendue de la *miitis* parenchymateuse et de la sarcolémique.

Plus tard Wagner et Potain publièrent quelques observations qui ne présentèrent de véritable importance qu'au moment où Unverricht décrit en 1887 le premier cas de *dermato-myosite*. Un peu plus tard, Lorenz ayant observé d'autres cas sur le même sujet prit à sa charge d'amplifier la description de ladite maladie. Il signala une période prémonitoire de plusieurs jours avec malaises, douleurs rhumatisques, fièvre de 40 degrés à 41 degrés, sueurs profuses et inflammation de plusieurs muscles; et parmi eux ceux du pharynx et du larynx. Oppenheim a ajouté aux observations ci-dessus d'autres observations qui avaient quelques différences, telles que le manque de sueurs, une sécheresse intense de la peau et des ulcérations; quelque temps après, Larger, en 1891, a décrit quelques cas de polymyosite moins graves que les précédents et Forchheimer, en 1905, a fait connaître un cas ayant une certaine analogie avec les observations susdites. Dans la dernière édition de son *Traité des maladies de l'enfance*, Comby² a recueilli les faits dispersés et a fait une description complète de la maladie. A propos d'un cas récent, Schüller³ a fait une étude critique de cette affection et de sa bibliographie. A celles-ci on a ajouté d'autres observations de myosite que nous verrons dans le cours de ce travail.

Étiologie. — En général, lorsque le principe morbide agit localement, il produit la myosite primitive et partielle. Lorsqu'il agit à distance, ou bien par le moyen du sang, il développe les myosites primitives multiples ou consécutives. On doit citer parmi les causes les efforts qui *produisent le surmenage* musculaire, les traumatismes, les intoxications et les infections.

Efforts. — L'activité musculaire, surpassée de façon à produire un surmenage, occasionne une augmentation de volume du muscle laquelle est accompagnée de douleurs. Les marches prolongées auxquelles sont obligés certains enfants, pendant la période scolaire, de même que l'enfant de 7 ans que je cite plus loin, les efforts gymnastiques observés par Filatoff, l'équitation et le canotage, font partie de ce groupe. Chez les adultes appartiennent à ce groupe les myosites professionnelles.

Traumatismes. — Font également partie de cette section: le froid, les coups par ruades, les chocs en bicyclette, les hématomes consécutifs à l'accouchement difficile (celui du sterno-mastoidien), les blessures et les déchirures musculaires.

⁽¹⁾ *Loc. cit.*

⁽²⁾ COMBY. *Traité des mal. de l'enf.*, p. 852.

⁽³⁾ SCHÜLLER. Polymyositis in Kindesalter. *Jahrbuch. f. Kinderh.* Bd LVIII. S. 195. *Monatschrift. f. Kinderh.*, septembre 1905, p. 519.

Intoxications — Ces dernières produisent des myosites endogènes. L'absorption des produits, développés par la fermentation et la putréfaction intestinales, donne lieu au gonflement des muscles en produisant un grossissement douloureux qui, souvent, est confondu avec le rhumatisme. Il peut se faire que la myosite diphtérique soit d'une origine analogue.

Infections. — La scarlatine, la rougeole, la petite vérole, la fièvre typhoïde, le rhumatisme, l'endocardite infectieuse, la morve, la tuberculose, etc., sont capables de produire des myosites, soit pendant la période finale de la maladie, soit quelques jours après la période aiguë.

Anatomie pathologique. — Avant de commencer les recherches microscopiques, il faut se rappeler qu'autour de la fibre musculaire se trouve une fibre spirale telle que l'avait prévu, il y a quelques années, Skey¹ et comme cela fut démontré récemment par Karl Münch². En outre le sarcolemme ne consiste pas seulement, comme on le croyait, en une seule lame homogène, élastique, pourvue de noyaux à sa partie interne, mais plutôt, d'après Margo, Tanhoffer et dernièrement Negro³, elle consisterait en deux lames : l'une périphérique, anhiste ; l'autre profonde, granuleuse avec des noyaux, laquelle sert de base aux noyaux, à la lame externe et à la substance musculaire.

Les lésions peuvent se développer dans le perimysium externe, dans l'interne ou dans les éléments contractiles. Les changements histologiques varient suivant la période à laquelle se trouve la maladie et suivant la venue ou non-venue de la suppuration. De toutes manières elles peuvent consister en infiltrations cellulaires, coagulations, dégénération graisseuse, hyaline, prolifération nucléaire, formation de tissu conjonctif, suppuration, sclérose, etc. A propos de la destruction de la fibre musculaire, on doit tenir compte de la fonction des noyaux du sarcolemme ; ces derniers sont le siège d'hyperplasie et détruisent la musculine, de même que les myophages leur propre tissu, ainsi que les ostéoblastes détruisent la partie osseuse. Les lésions peuvent être constatées dans le tissu conjonctif, dans la fibre musculaire ou dans les vaisseaux, quoique le plus souvent elles commencent par la fibre musculaire. Les formes suraiguës ou chroniques peuvent naître dans les vaisseaux (Marinesco)⁴.

Dans la *polymyosite* et dans la *dermatomyosite*, il y a une grande dilatation vasculaire du muscle avec infiltration séreuse, interfibrillaire ; il n'y a pas d'apparence de suppuration, mais, en échange, une infiltration trouble des cellules et du myoplasme, dégénération granuleuse et hyaline avec segmentation. Il y a, en outre, un œdème qui envahit les tissus depuis les muscles jusqu'à la peau. Dans la dermatomyosite, on trouve des pustules dans la peau et ensuite desquamation pelliculaire et changement de couleur.

Dans la forme simple, sans suppuration, il y a un gonflement vasculaire du muscle avec induration ; si cet état se prolonge plusieurs jours, l'hyperplasie des noyaux du sarcolemme apparaît ainsi que la destruction des quel-

(¹) SKEY. *Lancet*, 15 août 1905, p. 479.

(²) MÜNCH. *Archiv für Mikroskopische Anat.* April 1905.

(³) NEGRO. *Reale Acad. di Medic. di Torino*, 27 novembre 1896.

(⁴) MARINESCO. *Semaine méd.*, 1896.

ques morceaux du myoplasme et, en même temps, commence la prolifération du tissu conjonctif.

Dans les formes suppurées, en plus du gonflement vasculaire, il existe une grande émigration de leucocytes, les uns granuleux et les autres dissociés, le pus s'introduit à travers les espaces conjonctifs en déchirant les fibres musculaires et il remplit les vides produits dans le myoplasme par la dégénération granuleuse ; on trouve de même, formant un mélange, le pus, le détrit, le sang, les matières putrilagineuses et des restes de fibres musculaires. Sous une autre forme, on observe des masses caséuses et des fongosités. Lorsque le pus s'ouvre un passage à l'extérieur, il peut briser les aponévroses et la peau. Dans cette masse liquide, on rencontre plusieurs microbes : le streptocoque, le staphylocoque ; on a également trouvé le bacille d'Eberth et, suivant toute probabilité, on trouvera le bacille de Koch dans la myosite tuberculeuse.

Symptômes. — Ceux-ci varient remarquablement suivant le muscle envahi, la cause et l'inflammation. Entre la myosite primitive simple due à un effort musculaire et la polymyosite aiguë infectieuse, les processus morbides sont très différents et même lorsqu'ils ont de commun la localisation dans un muscle, dans un groupe musculaire ou dans plusieurs muscles, le trouble général varie en eux, de même que le danger de mort et les conséquences qu'il produit.

Le symptôme commun, constant et primitif, est le gonflement et la douleur musculaires. Soit, par exemple, le biceps, le psoas, les jumeaux, les droits de l'abdomen ou autres ; la maladie commence par une augmentation de volume qui se remarque facilement, en comparant un muscle avec le congénère de l'autre côté ; l'inflammation est dure, résistante ; il y a, à son niveau, une élévation de température, de la douleur spontanée qui augmente par la pression et par les mouvements ; parfois la douleur reste localisée dans la région ; d'autres fois, elle envahit à distance dans la direction des nerfs. Un autre symptôme est la difformité ou le changement de position, par exemple : dans le muscle sterno-mastoïdien le torticolis, dans le psoas la rotation de la cuisse, etc.

La peau ne prend pas toujours part à ce phénomène ; elle se présente presque toujours avec une couleur normale et elle glisse facilement sur la tumeur musculaire ; d'autres fois, quand la myosite aboutit à la suppuration, elle devient polie, brillante, tendue et adhérente aux parties profondes ; quand le pus s'approche de la superficie, elle change de couleur et devient violette. Ceci n'a jamais lieu au début de la maladie. La peau conserve son aspect normal ; cependant, dans la myosite traumatique, elle a coutume de présenter quelques éraflures et peut-être quelques ecchymoses.

En revanche, dans la polymyosite aiguë, la peau est affectée dès son origine et l'on voit souvent à sa surface, au premier moment, des œdèmes, des sueurs et quelques exanthèmes.

L'état général n'est pas troublé dans tous les cas ; dans la plupart des cas, la maladie se borne au gonflement musculaire, à la douleur, à la difformité et parfois à l'impuissance fonctionnelle de quelque membre ; mais il

y a une forme dans laquelle l'état général souffre fortement dès le premier moment; ceci arrive dans la *polymyosite aiguë* et dans la *dermato-myosite* qui sont des maladies infectieuses, toxiques, dans lesquelles presque tous les muscles sont le siège du gonflement et des douleurs qui condamnent le malade à l'impuissance et le mettent en danger de mort.

Formes cliniques. — Une fois les symptômes généraux exposés, voyons les variétés cliniques qui peuvent se présenter dans cette maladie.

Myosites gymnastiques. — Celles-ci sont produites par un excès de travail musculaire soit volontaire (marches, danses, canotage, etc.), soit involontaire comme, par exemple, les secousses que reçoivent les muscles dans les attaques de la coqueluche. Quand le travail est très violent ou prolongé, le trouble consiste en une myosthénie pseudo-paralytique grave (Jacobi¹).

L'effort violent produit un épuisement du muscle et la contraction volontaire devient difficile et l'excitabilité électrique est faible.

Voici quelques cas cliniques :

Observation de Filatoff². — En l'année 1880, un enfant de 10 ans fit de violents exercices, supérieurs à ses forces, et il se déclara une myosite des muscles droits de l'abdomen avec un gros gonflement, beaucoup de douleur, de la fièvre et des vomissements; au bout de 5 jours de repos au lit, il fut complètement guéri.

Observation personnelle. — J'ai vu un enfant de 8 ans, pensionnaire dans un collège, qui sortait un soir d'hiver en promenade avec ses camarades; non content de marcher d'une façon régulière, il courut beaucoup et fit de grands sauts; cette même nuit, il ne put dormir, il ressentit de grandes douleurs dans les mollets des deux jambes et dans toute l'étendue des muscles jumeaux; ceux-ci avaient augmenté de volume, ils étaient durs et très sensibles à la pression et aux mouvements; le repos au lit et quelques applications de flanelle chaudes amenèrent la guérison en 4 jours.

En général ces myosites sont bénignes, et, avec du repos et quelques calmants, elles guérissent en 5 ou 4 jours; il y a cependant des cas dans lesquels elles causent de l'inquiétude parce qu'elles ressemblent à une péritonite aiguë. Il peut arriver que le gonflement des muscles droits de l'abdomen soit accompagné de vomissements, de malaises généraux, de constipation et difficultés respiratoires dues à l'élévation du diaphragme; la douleur ne reste pas circonscrite aux muscles droits, mais elle envahit la paroi abdominale, devient plus intense autour du nombril ou bien aux environs du pubis et le moindre contact l'augmente de telle manière que l'enfant, évitant tout mouvement qui lui est douloureux, reste immobile, dans le décubitus dorsal avec la figure contractée, froncée; l'analogie d'un tel tableau avec une péritonite est frappante; une purge qui évacue l'intestin et qui supprime l'embarras gastrique simplifiera la scène morbide, en séparant la myosite des muscles droits et rendra tout à fait clair le diagnostic. On peut ajouter à cette forme les myosites professionnelles des adultes (sculpteurs, marbriers, etc)³.

(¹) JACOBI. *Therapeutics of Infancy and Childhood*, 5^e édition, p. 491.

(²) A. NIL FILATOFF. *Diagnostic et séméiologie des mal. de l'enf.*, traduit sur la 4^e édit. russe sous la direction du Dr Périer, Paris, 1899, p. 171.

(³) *The Lancet*, 1898, 1^{er} 676.

Myosites traumatiques. — Elles sont occasionnées par un déchirement des fibres musculaires suivi d'un épanchement sanguin, tantôt par lacération des fibres, tantôt par une traction violente, par un choc, etc. Elles se produisent facilement chez le nouveau-né à cause de la fragilité de ses vaisseaux; on doit ajouter à ce groupe la myosite consécutive au purpura hémorragique. Quelle qu'en soit la cause, le sang épanché entre les fibres musculaires provoque une myosite enkystée par l'irritation du tissu conjonctif; ce qui a été démontré par les indurations trouvées dans les fibres musculaires dans les autopsies faites par Skrzeka et Taylor.

Je présente quelques cas cliniques de ce genre.

Observation personnelle¹. — **Myosite traumatique suppurée; incision; guérison.** — Un enfant de 8 ans avait été atteint dans son bas âge de la scarlatine, de la petite vérole et des adénites scrofuleuses du cou. Le 20 janvier 1898, il reçut, à la partie postérieure de la cuisse gauche, deux coups de pied de mule. La peau conserva son aspect normal sans ecchymose, ni éraflure; il ressentait des douleurs dans cette région, qui augmentaient avec l'exercice; malgré cela, le 2 février, il prit un bain de mer; aussitôt la douleur augmenta et la jambe se contracta de manière qu'elle formait avec la cuisse un angle droit; il entra dans mon service de la Faculté en cet état et il était impossible de lui faire l'extension de la jambe à cause de l'augmentation de la douleur dans la région postérieure de la cuisse. On remarquait à cet endroit un léger gonflement, un peu plus proche de la partie interne. Ce gonflement dépassait la peau de 5 centimètres et il était uniforme, chaud, diffus et dur, il était contourné par un circuit. Les tendons du muscle semi-tendineux et du semi-membraneux, surtout le premier, étaient très tendus en laissant voir le muscle malade. L'articulation coxo-fémorale était libre dans tous ses mouvements, celle du genou se trouvait quelque peu gênée par la contracture du semi-tendineux. L'état général était satisfaisant; on fit des onctions avec de la pommade hydrargyrique et de l'extrait de belladone. Au bout de 15 jours, on remarqua la fluctuation et on fit une incision qui fit sortir 5 centimètres cubes de pus sanguinolent et des petits caillots; d'après un examen au microscope, j'ai trouvé des débris de fibres musculaires, des staphylocoques et streptocoques; je découvris la cavité et je pus voir qu'elle était dans le muscle semi-tendineux; traitée par les moyens ordinaires, cette cavité se guérit au bout de 12 jours et l'enfant conserva une dureté du muscle que l'on traita par le massage.

Observation de Henoch². **Myosite du sterno-mastoidien.** — A la partie antérieure du muscle se présente une tumeur dure, ronde ou allongée, soit unique, soit avec deux ou trois petites tumeurs; quelquefois la dureté est cartilagineuse; l'inflammation siège de préférence dans la partie supérieure et presque toujours dans un seul muscle; le muscle droit est envahi plus fréquemment, 21 cas sur 27; l'âge des enfants oscillait entre 5 semaines et 12 mois; le plus grand nombre apparaissait cependant entre 4 et 6 semaines. La cause était toujours produite par un accouchement difficile; 18 de ces enfants étaient nés en présentation de cuisses.

Observation de Concetti³. — Chez un enfant d'un mois, il se développa à l'âge de 15 jours une tumeur dans le côté droit du cou à la moitié supérieure du sterno-mastoidien; elle était fusiforme, dure, et n'avait pas d'adhérences avec la peau et avec les organes profonds; aux deux bouts inférieurs du muscle, l'interne était normal, l'externe était dur, fibreux. L'accouchement avait été normal, mais un peu difficile.

Myosite du droit de l'abdomen. — **Observation de Concetti.** — Un enfant de 5 ans et demi se plaignait il y a quelques jours d'une douleur dans la partie droite

(¹) *La Medicina de los niños*, Nov. 1905, p. 529.

(²) HENOCH. *Lecciones sobre enfermedades de los niños*. Traducción de la 5^a edición alemana por Valle, Madrid, 1888, p. 48.

(³) L. CONCETTI. *L'insegnamento della pediatria in Roma*. Terzo rediconto. Roma, 1901, p. 418.

de la paroi abdominale; au niveau du muscle droit du côté droit, on remarquait une dureté très prononcée, douloureuse à la pression et spontanée; il ne pouvait supporter le frottement du pantalon; pour faire l'examen il fut nécessaire de l'endormir; la tumeur faisait corps avec le muscle, mesurant 12 centimètres de long sur 7 de large; elle occupait le tiers inférieur du muscle. L'état général était satisfaisant; la fièvre ne dépassait pas 1 degré. On lui fit des frictions avec une pommade d'ichtyol à 2 pour 100 et un léger massage et on ordonna le repos au lit. Au bout de 4 jours la douleur augmenta et un œdème apparut empêchant la peau de se mouvoir librement comme les jours précédents; 2 jours après, avec le même traitement, la douleur diminua, l'œdème disparut et la dureté de même.

Polyomyosites aiguës infectieuses; simples; dermato-myosites. — Celles-ci sont les plus intéressantes et celles qui donnent l'autonomie pathologique au groupe. On pourrait les appeler *fièvre musculaire* ou *typhus du muscle*. Quelquefois elles déterminent la mort. Larger¹ et Unverricht² en ont donné des relations intéressantes.

Description de Larger. — La forme simple commence par des frissons qui sont suivis de fièvre intense, avec un grand abattement et aspect typhoïde semblable à celui d'une ostéomyélite aiguë. Il y a plusieurs gonflements musculaires, très douloureux; à la fin, des collections purulentes apparaissent. L'épuisement et surtout l'intoxication peuvent entraîner la mort.

Description de Unverricht. — Dans cette affection, en plus du trouble musculaire, il se présente des lésions dans la peau et dans les muqueuses elles-mêmes, formant la *dermato-myosite* ou la *dermato-muco-myosite*. La maladie n'a pas de début brusque; elle a habituellement des prodromes qui se caractérisent par des douleurs dans les extrémités et dans les épaules, rigidité de tout le corps et des courbatures; au bout de quelques jours, la fièvre se déclare très intense, avec peau sèche et elle est accompagnée d'œdème des paupières, de quelques autres régions du corps, gonflement de la rate et d'une rougeur de la peau (*dermatite érythémateuse*). Les muscles envahis, outre le gonflement, sont le siège d'une douleur intense, qui augmente encore par le mouvement. Le malade reste dans l'immobilité au lit parce qu'il craint de se mouvoir à cause de la douleur. Les articulations sont libres bien que les malades adoptent des positions vicieuses; de temps en temps, on note une augmentation de fièvre avec de nouveaux gonflements musculaires; c'est que la maladie fait des progrès, envahissant de nouveaux groupes. Cette invasion a lieu par saccades, sans itinéraire fixe. Il est évident que si des muscles respiratoires, les laryngiens et les pharyngiens sont envahis, l'asphyxie peut survenir par insuffisance respiratoire, ou obstruction alimentaire. La mort arrive dans la majorité des cas et, dans ceux où on obtient la guérison, il reste une certaine atrophie musculaire et une tendance aux rechutes. La suppuration est très rare.

L'observation publiée par Forchheimer dans le *Boston medical and surgical Journal*³ ressemble beaucoup à cette description: une femme nerveuse de 40 ans reçut, en 1901, un coup assez fort; elle eut la menstruation irrégulière, de la constipation, des maux de tête et des douleurs sur diverses parties du corps; le 20 août, elle eut une pustule dans la jambe gauche; le 8 septembre surgissait une autre pustule dans la cuisse gauche, elle ressentait une grande démangeaison et une éruption érythémateuse se produisit. Aussitôt après il s'en présenta 5 autres dans la région ischio-rectale ne laissant pas sortir du pus; elle devint faible, maigre, fiévreuse et un *rash* apparut sur la figure et les paupières qui étaient œdémateuses. La rate gonfla, la peau devint œdémateuse au niveau des muscles péroniers. Les muscles droits abdominaux gonflèrent et les intercostaux de même produisant la difficulté de la respiration. Ensuite apparut une desquamation pelliculaire là où la peau avait été

⁽¹⁾ LARGER. *Thèse de Paris*, 1891.

⁽²⁾ UNVERRICHT. Cité par Bonnet. *Revue générale, Gaz. des hôp.*, 14 avril 1900.

⁽³⁾ 11 juin 1905.

œdématisée et demeura parfaitement pigmentée. En mars 1905, les muscles envahis étaient encore sensibles, douloureux et gonflés.

*Observation de Schüller*¹. — Chez un enfant de 7 ans, une coqueluche se développa accompagnée de fièvre, de symptômes dyspeptiques et d'un exanthème passager; au bout de 4 jours de durée, les phénomènes initiaux disparurent. En revanche, une inflammation dure, douloureuse, se déclara dans les muscles de la figure et de la nuque; tout en conservant un état général satisfaisant et sans perdre connaissance survint une rigidité des muscles, du thorax, de l'abdomen, du dos et des extrémités supérieures et inférieures. Pendant la période aiguë de la maladie survinrent des attaques douloureuses des muscles du front et des deux épaules. Au bout de 4 semaines, les douleurs se calmèrent en laissant à leur place des contractures. Celles-ci disparurent après 8 semaines et la guérison fut complète.

Myosite post-typhoïdique du droit de l'abdomen. — *Observation de Scannell*². — Un garçon de 9 ans eut une fièvre typhoïde; quelques jours après sa sortie de l'hôpital il y rentra pour une douleur vive dans les régions ombilicale et hypogastrique. On fit le diagnostic d'appendicite perforante aiguë et on pratiqua la laparotomie. Le péritoine et l'appendice étaient normaux. En revanche l'exploration intra-abdominale fit voir de l'ombilic jusqu'au pubis sur le muscle droit du côté droit une proéminence dure, ovoïde, non fluctuante et extrapéritonéale. On extirpa l'appendice; 24 jours après l'opération l'induration et la douleur avaient disparu.

Myosite scarlatineuse. — Le Dr Bruck³ a publié 3 observations de ce genre: 1° Une petite fille de 6 ans et demi, 9 jours après avoir eu la scarlatine, ressentit des douleurs intenses dans les muscles intercostaux et dans les pectoraux. La douleur était plus sensible sous la pression. La guérison s'effectua en 5 jours. 2° Un enfant de 11 ans eut, 15 jours après la scarlatine, des douleurs aiguës dans la paroi abdominale, dont les muscles étaient contractés, durs et sensibles. La guérison s'obtint en 8 jours avec le salicylate de soude. 3° Une jeune fille de 14 ans, 15 jours après la scarlatine, ressentit des douleurs très violentes dans le dos et dans la cuisse. La peau était tendue, brillante, chaude; le périmètre de la cuisse malade mesurait 5 centimètres de plus que celui de la cuisse saine; avec le salicylate de soude on obtint vite la résolution.

Myosite blennorragique. — Les Drs Braquehay et Sewel⁴ ont observé des cas de ce genre. Quelques semaines après le début de la suppuration urétrale, des douleurs violentes se produisent dans quelques muscles et ensuite une tumeur dure se forme, laquelle se confond avec le muscle. Elle est douloureuse, libre, mobile sous la peau et elle manque de toute adhérence avec les parties profondes.

Dans la peau il n'y a ni œdème, ni inflammation, mais la douleur est si violente parfois, qu'elle oblige le malade à prendre des positions bizarres; la fièvre survient généralement avec des pulsations fréquentes et anorexie. De toutes manières, elle est bénigne, elle n'aboutit pas à la suppuration et au bout de 10 jours commence la résolution qui laisse après elle un noyau dur, quelque peu douloureux, qui disparaît enfin sans laisser de traces.

Myosite fibreuse. — *Observation du Dr Ballen*⁵. — Il s'agit d'un enfant de 6 ans dont le dos depuis le 9^{me} mois a commencé à se courber et les jambes à perdre la position rectiligne. Peu à peu les contractions de ses muscles ont augmenté et à présent il a la tête déviée du côté droit par la contraction du sterno-mastoidien; les muscles droits de l'abdomen sont fortement contractés et de même ceux des extrémités supérieures et inférieures qui sont dans la flexion. Il n'avait aucune maladie nerveuse. Les muscles qui ne sont pas contractés réagissent à une faible excitation faradique. Par le chloroforme il n'était pas possible de vaincre la contraction musculaire. Le muscle sterno-mastoidien droit était transformé en une corde tendineuse.

⁽¹⁾ *Loc. cit.*

⁽²⁾ *La medicina de los niños*, 1904, p. 25.

⁽³⁾ BRUCK. *Arch. für Kinderheilkunde*, 1897.

⁽⁴⁾ *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1899.

⁽⁵⁾ *La medicina de los niños*, décembre, 1905.

Les deux droits de l'abdomen avaient une grande quantité de tissu tendineux. Dans d'autres muscles on trouva entre les fibres musculaires des faisceaux de tissu fibreux. Voilà pourquoi on fit le diagnostic de myosite fibreuse.

Myosite tuberculeuse. — Ogston et Derschied en publient quelques cas :

*Observation d'Ogston*¹ — Un enfant de 6 ans eut une carie du tarse, due au passage d'une roue sur le pied 2 ans auparavant. Depuis 6 mois le muscle pédieux avait commencé à enfler, produisant un gonflement fusiforme depuis le cou-de-pied jusqu'au gros orteil; une certaine quantité de pus en sortit par une ouverture accidentelle; malgré l'aspect normal de la jambe, on y trouva une cavité depuis le cou-de-pied jusqu'à la tubérosité du tibia; coupé avec des ciseaux, on y remarqua que le muscle long extenseur des doigts était attaqué dans toute sa longueur de myosite tuberculeuse. Après un grattage et le pansement habituel, on obtint la guérison au bout de 5 semaines, les mouvements du pied demeurant normaux.

*Observation de Derschied*². — Un enfant de 7 ans avait une tumeur dans le mollet; la peau était normale et malléable. On fit l'incision et on y trouva une matière fongueuse sans suppuration des muscles ni de l'aponévrose; on y trouva aussi des débris du tissu musculaire; la blessure resta ouverte longtemps à cause de la suppuration musculaire. L'enfant n'avait aucun autre symptôme de tuberculose. La myosite était essentiellement primitive. L'auteur a vu 2 autres cas chez les adultes et dus à la tuberculose pulmonaire.

*Observation de Brinsmade*³. — Il s'agit d'une jeune fille sans antécédents personnels ni héréditaires de tuberculose. Cinq mois auparavant elle avait reçu un coup (morceau de charbon) sur la face externe de la jambe. Elle présenta une tumeur dure, symétrique depuis le cou-de-pied jusqu'au genou. On supposa qu'il s'agissait d'un sarcome et on excisa un fragment de la tumeur; l'examen histologique démontra qu'il ne s'agissait pas de sarcome mais de myosite tuberculeuse. On fit une incision et on trouva le muscle infiltré de gommes tuberculeuses et de masses caséuses. Guérison.

Myosite varioleuse. — Cette myosite se présente dans la période terminale. (*Observation personnelle.*) En avril 1901, une petite fille de 5 ans vint à ma clinique de la Faculté; elle avait une arthrite suppurée quadruple des deux coudes et des deux épaules, due à la petite vérole, qu'elle avait eue 5 mois auparavant. La petite fille n'avait pas été vaccinée⁴. Dans les articulations du coude le pus s'était ouvert par lui-même un passage; il n'en fut pas de même aux épaules, où il fut nécessaire d'ouvrir à travers le deltoïde qui était enflammé aux deux bras et surtout à droite.

A cette forme on pourrait ajouter la *neuromyosite aiguë* ou *subaiguë* avec ou sans rechutes qui est presque toujours d'origine microbienne et est accompagnée de lésions parenchymateuses ou interstitielles, soit emboliques, soit vasculaires; également on peut ajouter la myosite syphilitique et d'autres.

Évolution. — La polymyosite et la dermato-myosite ont une évolution rapide et la plupart du temps mortelle; leur cours n'est pas uniforme subissant des exacerbations fébriles correspondantes aux nouveaux muscles envahis. La myosite simple a coutume de se terminer par la guérison, quoique lente, car la résolution exige plusieurs semaines pour arriver au but. En outre, l'inflammation peut se produire en différents points d'un même muscle. En d'autres occasions les récidives surgissent rappelant la *dermato-myosite récidivante* (*relapsing dermato-myositis*) décrite par Kingston Fowler chez les adultes. En général, chez les enfants, la myosite récidivante

(¹) OGSTON. Tubercular myositis. *Archives of Pediatrics*, 1892, p. 147.

(²) DERSCHIED. *La Revue intern. de la tuberculose*, février 1905, p. 87.

(³) *La medicina de los niños*, avril, 1904.

(⁴) Voyez l'observation in extenso dans *La Medicina de los niños*, octobre 1901, p. 506.

est rhumatismale, comme le prouve l'attaque de rhumatisme articulaire qui survient ensuite.

Diagnostic. — Le peu d'attention que l'on porte généralement à cette maladie explique la facilité avec laquelle elle passe inaperçue. Au lieu d'y penser, on cherchera plutôt un phlegmon, un érysipèle, un rhumatisme aigu. Rappelons-nous que dans la myosite décrite par Ogston on ne reconnut pas la maladie avant d'introduire un stylet par la fistule dorsale du pied, laquelle remontait tout le long de la jambe.

Actuellement les nombreuses observations publiées feront reconnaître facilement la myosite. Avant tout on ne doit pas oublier les limites normales d'un muscle déterminé, afin de savoir quand elles sont exagérées et, en outre, on le comparera avec le congénère du côté opposé pour mieux apprécier la différence; en plus de l'augmentation de volume et de sa dureté et résistance élastique, on remarquera une douleur spontanée qui augmentera avec la pression et surtout avec le mouvement. Il est possible que la position défectueuse du plan musculaire ou de l'extrémité affirme le diagnostic. S'il y a fluctuation et si la peau, fixée aux parties profondes, est rouge ou violette annonçant l'approche du pus, le diagnostic sera précis. Par la limitation du processus, par l'intégrité de la peau au début et par son invasion progressive, il ne sera pas difficile de distinguer la myosite d'une phlébite, d'un érysipèle, d'un phlegmon ou d'une lymphangite. L'ostéomyélite se présentant dans les os recouverts de muscles, il sera quelque peu difficile de distinguer l'une de l'autre au début; cependant, lorsque l'ostéomyélite aura son siège dans le maxillaire inférieur, dans le tiers moyen de l'humérus, dans le tiers inférieur du cubitus et du radius, dans le tiers inférieur du fémur, à la face interne du tibia, on pourra faire facilement la différence par la proximité de l'os à la surface.

Dans la polymyosite aiguë, la confusion pourra avoir lieu avec le rhumatisme articulaire aigu; cependant la localisation réellement musculaire, l'intégrité des articulations, sauf certaine immobilisation suivant les muscles envahis et quelquefois le manque des souffles endocardiques contribueront à déterminer le diagnostic. L'emploi du salicylate de soude, comme pierre de touche pour différencier le rhumatisme de la polymyosite, me semble une erreur, puisque ce remède est analgésique, et, bien qu'il calme les douleurs et l'inflammation, le doute néanmoins devra subsister, car, quoique l'affection ne soit pas rhumatismale, les douleurs peuvent être calmées. La polymyosite se distinguera de la polynévrite en ce que, dans la première, il n'y a pas de paralysie tout au moins il y a impuissance due aux douleurs et à la tuméfaction; les troncs nerveux ne sont douloureux ni spontanément ni en les comprimant; en outre, il n'y a ni amyotrophie rapide, ni anesthésie (Babinski¹). La tuméfaction et l'œdème inflammatoire sont absents dans la polynévrite.

La *myosite métastatique* consécutive à une endocardite infectieuse, de même que celles développées dans les maladies infectieuses, sont faciles

(¹) CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. *Tratado de Medicina*. Edición española por Ulecia, tomo VII. Madrid, 1895, p. 161.

à différencier. La différence entre la *polymyosite* et la *trichinose* sera un peu plus difficile; cependant, les antécédents, la forme des douleurs sans tuméfaction musculaire et surtout la révélation du parasite à l'aide du microscope seront décisifs.

Traitement. — Celui-ci varie suivant la cause et la forme clinique. Une des premières précautions consiste dans le repos absolu au lit. S'il y a de la fièvre, on recommandera la diète liquide; s'il n'y a pas de fièvre, on ordonnera l'alimentation ordinaire avec quelque restriction; on tâchera de conserver libres les voies digestives, ordonnant à cet effet une purge s'il en est besoin surtout dans les cas de myosite des droits abdominaux coïncidant avec l'embarras gastrique. Si la douleur domine la scène, on fera des frictions calmantes à base de baume opodeldoch, laudanum et chloroforme, salicylate de méthyle, mésothan, etc. Si malgré tout le calme ne vient pas, on administrera à l'intérieur le salicylate de soude, l'exalgine, l'antipyrine, l'aspirine, etc. S'il était impossible d'obtenir le sommeil, on aurait recours aux narcotiques. Dans les myosites traumatiques, pendant la première période ou fluxionnaire, on appliquera des compresses imbibées de solutions froides ou réfrigérantes, d'alcool, d'arnica, de thymol avec du bicarbonate de potasse ou d'hazeline. Après cette période, on emploiera le massage doux et les applications tièdes. Si l'état inflammatoire continue, il faudra employer la pommade hydrargyrique avec la belladone et l'ichtyol et les applications tièdes au moyen de couches de coton.

Dans les formes fiévreuses graves, le meilleur antithermique consistera dans l'application des bains généraux répétés assez fréquemment tant que la température excédera 39°,5, car, en plus de rafraîchir, ce traitement facilite l'expulsion par la peau et par les reins des produits toxiques. Veillant à la fois au danger de la dissolution sanguine et de l'épuisement, nous ferons en sorte de soutenir les forces du malade en lui donnant quelque tonique tel que la quinine, la kola ou l'acantha virilis, etc.

Lorsque la fluctuation deviendra nette, on fera l'incision de la poche pour ouvrir un passage au pus en faisant le drainage ordinaire; mais, dans les formes tuberculeuses ou fongueuses, on fera le raclage de toute la surface malade remplissant les vides de gaze afin de faciliter la cicatrisation radicale sans arrêt ni possibilité de reproduction.

Lorsque la période aiguë sera passée et que l'on aura des doutes qu'elle puisse devenir chronique, ou bien lorsqu'on remarquera de la dureté dans le muscle, on fera des frictions avec de la pommade à l'iodure de potassium, à l'iode et lanoline et l'on administrera intérieurement les iodiques.

Dans les formes rhumatismales, on fera des applications sèches et chaudes, on pratiquera des frictions avec de l'essence de Wintergreen et on administrera à l'intérieur les diaphorétiques et le salicylate de soude.

Dans la myosite blennorrhagique on fera des applications locales de chaleur humide, de bains partiels chauds et après la période aiguë on fera des frictions de gâicacol et d'huile d'amandes douces à parties égales.

Pour la forme syphilitique, on aura recours en même temps qu'au traitement local aux injections intra-musculaires hydrargyriques.

I

MYOSITE OSSIFIANTE PROGRESSIVE

PAR LE D^r DAVÉL

Chef du service des maladies infectieuses à l'hôpital des « Enfants-Trouvés » de Buenos Aires.

Définition. — On désigne, sous le nom de myosite ossifiante progressive, une maladie d'origine congénitale qui se développe presque toujours dans les premières années de la vie et se caractérise par la formation spontanée de masses osseuses dans le tissu cellulaire *péri* et *intra*-musculaire de certaines régions du corps, particulièrement dans les muscles de l'épaule, qui se propage lentement, par poussées successives, à d'autres muscles, aponévroses, ligaments, et même au squelette, détruit le tissu musculaire et produit des attitudes plus ou moins vicieuses.

Historique. — Cette maladie bizarre était déjà connue au milieu du xviii^e siècle. John Frecke et John Copping publièrent, en 1740 et 1741, dans *The Philosoph. Transact. of London*, les deux premières observations; mais il s'écoula juste un siècle avant que l'on fit une nouvelle publication.

Le troisième cas connu fut observé en France en 1859; Testelin et Dambressi soignèrent, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, un malade, et publièrent une bonne description de la maladie dans la *Gazette médicale de Paris*, où figure la première analyse chimique d'un os de nouvelle formation extrait à l'autopsie et faite par Poggiale.

La publication de Testelin et Dambressi appela évidemment l'attention des observateurs sur cette maladie, puisque dès cette époque on commence à la rencontrer fréquemment dans la littérature médicale. Hawkins publia, en 1844, un nouveau cas en Angleterre. L'année suivante, Rogers publia une nouvelle observation aux États-Unis. Wilkinson, en 1846, et Henri, en 1848, firent de nouvelles publications en Angleterre. Bulhak, de Dorpat, écrivit, en 1860, la première thèse sur cette maladie. En 1867, Minkewitsch publia, dans les archives de Virchow, l'observation du premier cas, étudié en Allemagne; et dans la même année, Zollinger, de Zurich, présenta sa thèse sur le premier malade observé en Suisse.

Münchmeyer publia, en 1869, une nouvelle observation, et à cette occasion, il analysa les 12 cas déjà connus. Son travail eut le mérite de faire faire de grands progrès à la connaissance de cette maladie: il lui donna le nom qu'elle porte, la considérant comme une entité morbide indépendante; il la sépara du groupe des ostéomes où l'avait classée Virchow, et fit une description anatomo-pathologique, qui est devenue classique.

On peut dire que c'est lui qui a été le vrai créateur de cette maladie; il est regrettable qu'il lui ait donné un nom si peu exact; il savait, pourtant,