n'est donc pas improbable qu'elle puisse succéder aussi à la myosite traumatique, dans les ruptures et les plaies.

En règle, la cicatrice est donc fibreuse; sa largeur est toujours moindre que l'écartement primitif, elle peut être linéaire et imperceptible; à la suite des ruptures partielles, elle n'occupe qu'une partie de l'épaisseur du muscle. Par contre, on a vu les deux bouts reliés par une bande fibreuse de longueur énorme; elle avait 10 centimètres, sur une ancienne rupture du couturier, observée par Farabeuf (fig. 162).

Symptômes. — I. Ruptures totales. — Une douleur brusque, une sensation d'arrachement, de déchirure, l'arrêt du mouvement commencé, et le membre qui retombe inerte : tels sont les premiers signes d'une rupture musculaire.

Un craquement sec est signalé par quelques malades; ils le comparent à un coup de fouet, etc.; mais il est loin d'être constant; les ruptures du mollet ou des muscles du dos lui donneraient naissance dans un tiers des cas; on ne le trouve indiqué que dans un dixième à peine des autres observations. Il pourrait même être entendu à distance, et Régeard cite le fait d'une femme en travail qui, au cours d'une violente contraction, sentit une douleur aiguë dans l'un des mollets : un claquement très net avait été perçu par tous ceux qui entouraient son lit. Le craquement n'a, du reste, rien de caractéristique, et on le retrouve, rarement aussi, dans les ruptures tendineuses, les ruptures veineuses, les fractures, etc.

La douleur domine la scène au début: c'est d'elle que relève en grande partie l'impotence musculaire; on l'a vue provoquer la syncope. Elle est d'ordinaire plus importante dans les ruptures incomplètes, que la moindre contraction tiraille et irrite. Mais l'intensité n'en est pas toujours aussi marquée. Ce n'est parfois qu'une sensation de piqûre, d'engourdissement, de choc, et cela surtout quand la rupture, préparée par l'altération musculaire, se fait sous un minime effort. La pression la réveille et sert à localiser exactement la lésion; les mouvements surtout l'exaspèrent, ainsi que les contractions qu'ébauche encore le muscle rompu, et la distension qu'il subit du fait de ses antagonistes [1].

Aussi, bien que les deux bouts se contractent, le muscle rompu est impuissant à produire un effet utile. Dans les ruptures partielles, le corps charnu agit encore, et on le voit se tendre et rapprocher ses insertions, si le malade sait vaincre la douleur. Ce n'est jamais, en effet, qu'au prix d'une vive souffrance, et l'épreuve, souvent inutile, n'est pas sans danger, car la déchirure peut se compléter.

La crainte des mouvements, ou encore les contractures réflexes de défense, que provoque la douleur dans les muscles voisins, créent une *attitude spéciale à chaque rupture*, celle qui assure au corps charnu le relâchement et le repos : on voit le malade aller courbé en deux, et les mains appliquées sur le bas-ventre, après une rupture du grand droit: on le voit s'arrêter brusquement, la tête inclinée et fléchie, les épaules soulevées, dans cette attitude bizarre que les ouvriers terrassiers désignent sous le nom de « mouton » (ruptures des muscles postérieurs du cou); le sterno-mastoïdien, à demi rompu, donne lieu à un torticolis traumatique. Le psoas déchiré entrave la marche, la flexion du tronc en avant, et détermine une douleur lombaire qui s'irradie jusqu'à la cuisse; le tour de reins, si fréquent, et qui succède à des déchirures de la masse sacro-lombaire, maintient le corps à demi courbé, la rectitude devient aussi impossible que la flexion complète, et la marche en est fort gênée.

[1] Dans la rupture du biceps, la flexion de l'avant-bras en pronation est à peu près indolore; elle est, au contraire, très douloureuse quand l'avant-bras est en supination (L.-H. Petit).

Il y a là, au premier coup d'œil, dans cette attitude, dans cette déformation, quelque chose de caractéristique. A l'examen local, un triple signe indique la rupture : l'*ecchymose*, l'*encoche musculaire*, la *tumeur musculaire*.

L'ecchymose n'existe pas toujours : elle suppose, nous l'avons dit, la déchirure de la gaine aponévrotique; aussi est-elle plus rare aux points où cette gaine est épaisse, plus rare au grand droit de l'abdomen et au droit antérieur de la cuisse, qu'aux adducteurs ou au grand pectoral (Charvot et Couillaud). Mais toujours, au foyer de la rupture, on trouve une collection sanguine, de volume variable, dont le relief se dessine rarement à la peau, mais que le doigt reconnaît sous la forme d'une tuméfaction diffuse et pâteuse, puis d'une masse mieux circonscrite et qui durcit de plus en plus. Elle acquiert souvent la dureté du bois, de l'os, surtout au moment où le muscle se contracte sur elle, elle en suit les mouvements, elle fait corps avec lui, et, si elle se déplace transversalement, elle n'est pas mobile dans le sens de l'axe des fibres. C'est une plaque indurée, dans le grand droit abdominal; c'est un long fuseau, occupant le centre même du corps charnu, après la rupture des fibres moyennes du droit antérieur de la cuisse; c'est une masse arrondie, irrégulière, dans la plupart des ruptures, au coude, par exemple, après celle du brachial antérieur (Charvot). Ce que devient cet hématome, nous le dirons plus loin.

Mais il est des faits où l'épanchement sanguin peut être énorme : un gros vaisseau intra-musculaire a été intéressé, l'artère épigastrique, l'une de ses branches, dans le grand droit de l'abdomen, etc. : l'histoire de ces ruptures vasculaires rentre dans celle des complications. L'ecchymose et l'épanchement sanguin se voient tout aussi bien, quoique moins étendus en général, dans les ruptures partielles, mais la déformation qui suit est spéciale à la rupture totale.

Une gouttière se creuse entre les deux bouts du muscle rompu, d'autant plus profonde qu'il est plus épais, d'autant plus large qu'il se rétracte plus. Un rebord abrupt, en talus, une encoche brusque marque la rupture; la peau se plisse et se déprime sur elle.

A ses deux extrémités, les deux bouts musculaires, les deux moignons, dessinent un relief arrondi, qui se modifie lors de la contraction. L'un d'eux, le bout supérieur presque toujours, est plus gros, plus globuleux : c'est le bout musculaire, ou du moins celui qui contient le plus de fibres charnues, après la rupture au lieu d'élection, dans la zone musculo-tendineuse.

C'est lui qui *grossit*, *durcit* et *remonte* pendant la contraction; et ces trois termes sont caractéristiques. Il durcit peu, en réalité, comme toute masse contractile qui ne lutte pas contre une résistance, mais il est si mou, dans le relâchement, que la différence est pourtant très sensible.

Au repos, en effet, c'est un tronçon mollasse et malléable, qui se laisse allonger, et qu'on étire parfois jusqu'au contact du fragment inférieur; Virchow rapporte un cas où le moignon musculaire était presque fluctuant et faisait penser à un kyste.

Du reste, on obtient les mêmes résultats par la faradisation, et son emploi est indiqué, pour peu que le diagnostic soit douteux (Guyon).

Ruptures partielles. Pseudo-hernie musculaire. — L'aspect clinique change, lorsque la rupture ne porte que sur une partie du corps charnu, et ici diverses éventualités se présentent :

a. La solution de continuité porte sur l'un des bords du muscle, qu'elle entame en travers, plus ou moins profondément; elle intéresse l'un de ses chefs (biceps); ou bien elle est limitée à une épaisseur variable de ses plans superficiels. — Dans ces différents cas, il existe, d'ordinaire, une *encoche* perceptible, quoique souvent malaisée à reconnaître, dans les premiers jours, au milieu du sang et des caillots; à un examen soigneux on retrouve une rigole et deux berges, et l'on a la preuve directe qu'il s'agit bien d'une *rupture*.

b. Les déchirures, profondes et interstitielles, sont simplement fibrillaires (torticolis, tour de reins) : elles n'ont d'autres signes que la douleur locale et « fonctionnelle »;

c. La rupture, partielle, mais assez étendue, n'intéresse que les plans profonds du muscle; elle ne se traduit à l'extérieur par aucune encoche, aucune rigole, on

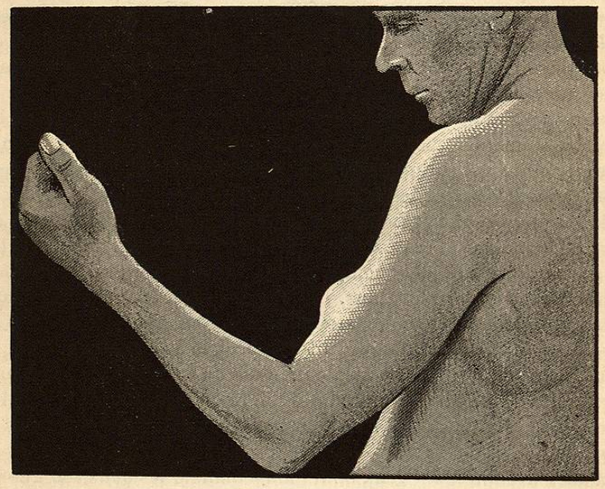

Fig. 165. — Pseudo-hernie du biceps (Paradies, *loc. cit.*).

ne trouve ni bouts ni écartement, mais, au point lésé, un relief, une tumeur musculaire, qui *paraît être* une portion du corps charnu hernié hors de sa gaine aponévrotique. C'est la *pseudo-hernie musculaire*, terme assez impropre, du reste, et dont vainement on s'est efforcé de donner une définition précise; il n'a qu'un *sens clinique*, et il correspond certainement à une série de lésions musculaires.

On ne saurait l'appliquer aux ruptures totales, alors même que le bout supérieur, épaissi, tassé, formerait un relief prédominant et relativement considérable. Dans le type clinique représenté par la pseudo-hernie, *il n'y a pas d'espace inter-fragmentaire* : on ne trouve qu'une tumeur saillante, ovoïde le plus souvent, et d'un volume qui varie d'une noisette à un œuf de poule; cette masse charnue est molle, dépressible, réductible même en totalité, si le muscle est au repos et dans le relâchement. Le doigt qui la refoule trouverait parfois un anneau aponévrotique à bord saillant et concave, mais on aurait tort de faire fonds sur cette sensation, qui peut être trompeuse. Les modifications que subit la tumeur pseudo-herniaire dans les différents états du muscle sont fort importantes et méritent d'être recherchées : *dans l'extension passive*, lorsque l'on écarte l'une de l'autre les deux insertions du muscle, *la tumeur ne disparaît pas, elle se réduit seulement un peu, elle reste molle*; *lors de contraction libre, elle durcit, grossit et remonte*, à la manière des ruptures totales; *lors de contraction entravée, elle durcit plus encore, grossit et s'immobilise*. Nous verrons que ce sont là les éléments principaux et suffisants du diagnostic *clinique* de la pseudo-hernie et de la hernie vraie.

La pseudo-hernie peut se voir partout où l'on rencontre la rupture totale : c'est aux adducteurs de la cuisse qu'elle est de beaucoup le plus fréquente. Elle s'accuse assez souvent brusquement, par une douleur vive ou même syncopale, un craquement qui serait parfois intense (un cavalier observé par Mourlon le comparait à un coup de pistolet); ailleurs elle survient tardivement, plusieurs semaines après le traumatisme ou l'accident initial. Peut-être, dans ces derniers cas, se produit-elle dans le foyer d'une rupture totale, après une cicatrisation ébauchée des deux bouts, qui a créé secondairement des conditions analogues à celles de la rupture partielle primitive. Quelle que soit la pathogénie, encore obscure par de nombreux côtés, toutes les fois qu'en clinique on retrouve les caractères dont nous venons de parler, on doit dire : *il y a ou il y a eu rupture*.

Accidents et complications. — Ils sont de plusieurs ordres : 1° Des *hémorragies* graves, lors de rupture d'artères de calibre intra-musculaires, de l'épigastrique, par exemple. Même en dehors de ces déchirures des gros vaisseaux, l'hémorrhagie acquiert parfois des proportions inaccoutumées, surtout dans les ruptures pathologiques : ces foyers hématiques sont un danger permanent de suppuration [1].

2° La *suppuration* n'a pourtant été observée que très rarement, sauf en un point, au psoas : il semble qu'il faille attribuer à des ruptures partielles du psoas un certain nombre de psoïtis suppurées et de phlegmons iliaques postpuerpéraux; il y a là, selon toute apparence, des influences complexes. Dans les autres muscles, l'abcès phlegmoneux, suite de rupture, est d'observation exceptionnelle. Rœseler [2] n'en signale qu'un cas dû au professeur Ollier (abcès du biceps, suite de rupture); Reclus en a plus récemment fourni des exemples. Pourtant, d'après Charvot et Couillaud, beaucoup de phlegmons de la cavité de Retzius, d'étiologie vague, n'auraient en réalité d'autre origine que des ruptures partielles du grand droit abdominal avec infiltration sanguine dans la cavité pelvienne, et cette pathogénie expliquerait leur fréquence chez les jeunes sujets, à la suite d'un traumatisme de la paroi abdominale.

Du reste, les rares faits de mort à la suite de ruptures musculaires relèvent des accidents de suppuration. C'était une rupture du grand pectoral suivie d'accidents inflammatoires, chez un garçon boucher dont parle Patissié; une rupture du psoas avec suppuration, chez la malade de Deramé; enfin, dans un troisième fait de Kulm (de Dantzig), une rupture à l'union du tendon d'Achille et du triceps, chez un alcoolique qui continua à marcher tant bien que mal, et provoqua ainsi la suppuration du foyer de rupture.

(1) Voy. Aurégan, *Des hématomes musculaires*. Thèse de Bordeaux, 1891.
(2) Rœseler, *Abcès phlegmoneux des muscles*. Thèse de doct., 1875.

3° Enfin, il est telles ruptures qui, par leur siège même, entraînent des *accidents spéciaux* : celles des muscles de la paroi abdominale par exemple.

La péritonite et les hernies ventrales sont les plus graves de ces accidents : la péritonite plus rare, la hernie toujours à craindre, à la suite d'une rupture un peu large. Chez un blessé d'Amiaud, à la suite de ruptures multiples, une série de petites hernies avaient paru en divers points de la paroi abdominale.

Mais de telles complications sont, en somme, rares, et la rupture musculaire serait une lésion très bénigne, si la restauration fonctionnelle n'était pas souvent incomplète et tardive.

Les ruptures partielles guérissent très vite : en quinze jours ou trois semaines, la douleur a disparu, il reste souvent un noyau induré, qui ne se résorbe qu'à la longue ou bien elles deviennent le point de départ d'un ostéome (*Voy. plus loin*). Même alors, la gêne fonctionnelle est susceptible de durer plusieurs mois : on a vu, à la suite de ruptures partielles du sterno-mastoïdien, le torticolis persister une année ou devenir permanent, ou encore on a signalé des crises douloureuses tenaces qui s'expliquent sans doute par la déchirure simultanée de troncules nerveux voisins.

Dans les ruptures totales, le travail de réparation est plus actif : on trouve parfois la dépression inter-fragmentaire comblée par une masse de tissu cicatriciel jeune. L'intersection fibreuse se constitue et s'affermit ; au bout de trente à quarante jours, la réunion est faite, mais il faut un mois et demi ou deux mois pour que les mouvements aient repris leur amplitude et leur force, et il n'est pas rare qu'ils ne recouvrent jamais leur intégrité.

Quelquefois, au début, les deux tronçons musculaires, quoique reliés par la cicatrice, se contractent isolément, et la synergie ne se rétablit qu'au bout d'un certain temps.

Enfin le muscle peut rester à jamais impuissant, et cela est dû à son atrophie, et à l'atrophie simultanée des muscles synergiques, à la longueur excessive de la bride cicatricielle ; ou encore à la cicatrisation isolée des deux bouts, trop éloignés. Dans cette dernière alternative, le tronçon inférieur s'atrophie, se sclérose, et perd toute contractilité ; c'est que les filets nerveux qui lui étaient destinés et qui abordent le muscle par son tiers supérieur ont été rompus et ne se sont pas régénérés. Les faits cliniques et les expériences démontrent cette atrophie inévitable du bout inférieur : Bousquet, sur une rupture non cicatrisée du moyen adducteur, a constaté que le moignon supérieur était encore contractile, alors que l'inférieur, fibreux et inerte, était ratatiné dans sa gaine ; et Hayem, dans ses expériences de myotomie expérimentale, trouvait, au bout de vingt et un jours, le tronçon supérieur atteint seulement de myosite subaiguë, alors que l'inférieur était totalement désorganisé et, surtout à son centre, en dégénérescence vitreuse. Quand la réunion se fait, la continuité se rétablit aussi entre les nerfs des deux fragments musculaires, et les fibres charnues, déjà altérées, recouvrent leurs propriétés.

Pronostic. — Le pronostic est contenu dans ce que nous venons de dire, il varie suivant le siège, le degré d'écartement, l'abondance de l'épanchement sanguin, et aussi l'état anatomique du muscle rompu. Il est exceptionnel qu'il soit grave.

Diagnostic. — Les ruptures fibrillaires prêtent plus souvent à l'erreur, et,

de fait, on les a longtemps confondues avec les douleurs rhumatismales, les névralgies, l'entorse et les arrachements ligamenteux.

Les douleurs rhumatismales ne sont pas localisées, comme celles de la rupture ; les névralgies ont leurs points douloureux échelonnés, la souffrance de l'entorse a un autre siège, à moins qu'il n'y ait des déchirures simultanées des muscles ambiants.

Lors de rupture totale, c'est avec la rupture tendineuse que le diagnostic peut devenir difficile : la douleur est moins vive, l'ecchymose plus rare et moins étendue quand un tendon se brise, et l'on ne trouve pas ces deux moignons arrondis et contractiles, qui caractérisent le muscle rompu. Si le tendon est intéressé au point où il émerge du corps charnu, au droit antérieur de la cuisse, par exemple, les lésions revêtent, en quelque sorte, un caractère mixte, et le bout supérieur seul est renflé et contractile.

Une distinction clinique fort intéressante est celle de la pseudo-hernie et de la hernie musculaires : nous y reviendrons au chapitre suivant.

Signalons simplement ici le très bel exemple de pseudo-hernie observé par Le Fort : il existait, chez son malade, une tumeur sur le devant du bras ; sous le chloroforme, une incision est pratiquée ; mais la tumeur avait disparu, et, en explorant l'épaisseur du biceps, on ne découvrit sur sa face profonde qu'une cicatrice fibreuse, trace d'une ancienne rupture partielle.

Nous avons parlé plus haut (voy. *Contusion des muscles*) des hématomes indurés et persistants qui peuvent faire croire à des tumeurs osseuses, des exostoses, des ostéomes (voy. *Myosite ossifiante*).

Traitement. — L'exposé en sera court. Le repos, un appareil inamovible qui maintienne le muscle relâché et ses extrémités rapprochées, ou au moins l'attitude qui favorise le mieux le rapprochement ; dans les ruptures de l'abdomen, le tronc demi-fléchi, soutenu par des oreillers, dans le décubitus, et les cuisses soulevées ; quelques applications narcotiques ou la morphine en piqûres, si les souffrances sont trop aiguës : telle est très souvent la seule intervention immédiate qui soit indiquée.

Plus tard, les frictions, le massage, les douches et surtout l'électrisation sont de mise et activent la restauration fonctionnelle ; dans les ruptures totales, il faut employer d'abord les courants continus descendants, et ne recourir à la faradisation qu'au moment où la cicatrice, déjà faite, n'a plus rien à en craindre.

Au contraire, dans les ruptures partielles des muscles du tronc, c'est d'emblée qu'il faut se servir des courants induits, quitte à employer la morphine, si la réaction douloureuse était trop vive, et cette pratique, inaugurée par Gübler et Broca, abrège notablement la douleur et la gêne fonctionnelle.

Enfin, à la suite des ruptures, même partielles, des muscles abdominaux, on évite au malade les dangers d'une seconde rupture ou d'une hernie consécutive, en lui faisant porter une ceinture ou un bandage à pelote.

Le traitement des autres complications est aisé à formuler : il faut débrider largement le foyer, s'il a suppuré, et en faire avec soin le lavage antiseptique.

N'y aurait-il pas avantage, en présence d'un hématome volumineux, qui refoule les deux tronçons et ne se résorbera que très lentement, à ouvrir dès le début le foyer de la rupture, à le vider du sang, des caillots et des débris muscu-

laires, à en faire l'antisepsie soignée, et à suturer les deux bouts du muscle rompu?

Depuis 1890, où nous formulions ici ce desideratum, plusieurs faits de ce genre ont été publiés. Il y a lieu de distinguer les sutures primitives et les sutures secondaires ou tardives, appliquées aux ruptures anciennes.

Faucompré a donné, dans sa thèse, une intéressante observation, émanant de la pratique de Folet (de Lille), de réunion primitive du triceps brachial, rompu en totalité, un peu au-dessus du coude : les deux bouts furent rapprochés par deux points de catgut, en anses, qui chargeaient « une quantité assez importante de tissus, de manière à rendre les sutures aussi solides que possible » : le résultat fut très satisfaisant. Il s'agissait là, en réalité, d'une rupture musculo-tendineuse; pour le triceps crural, un certain nombre de cas similaires ont été publiés [1]. Lorsque la solution de continuité siège en plein corps charnu, sur le milieu du biceps, par exemple, il est évident que la friabilité du tissu musculaire rend assez difficile la réunion solide et persistante des deux bouts : les sutures d'appui, transversales, en anses, ou encore menées suivant un trajet sinueux, dans l'épaisseur du muscle, seront alors indispensables. Dans un cas où le rapprochement était irréalisable, Bazy rattacha le bout inférieur de la longue portion du biceps, au faisceau commun de la courte portion et du coraco-brachial.

Dans les ruptures anciennes, spécialement dans les ruptures partielles qui donnent naissance aux pseudo-hernies, la cure opératoire est souvent utile, mais soumise aussi à de très réelles difficultés et à de fréquents échecs. Delorme sutura les deux bouts du moyen adducteur, rompu en totalité; pendant deux mois, la réunion sembla parfaite, puis la récidive survint et la tumeur musculaire reparut. Dans les pseudo-hernies, la technique doit être la même que dans les hernies vraies : l'excision de la portion charnue exubérante, et la suture aponévrotique. On verra plus loin les différents procédés qui réalisent le mieux cette cure radicale.

IV

HERNIES MUSCULAIRES

« On nomme *hernie musculaire* la tumeur formée par une portion de muscle intact, c'est-à-dire non rompu, engagé à travers une boutonnière aponévrotique accidentelle de dimension variable » (Jeannel) [2].

C'est la définition schématique et, du reste, cette formule découle naturellement du terme, fort impropre, de hernie musculaire. Mais nous allons voir que cette boutonnière aponévrotique manque souvent.

Les premières observations ont presque toutes donné lieu à des erreurs de diagnostic : Portal [3] rapporte quelques faits de ce genre, il en emprunte d'autres à Pouteau, Andry, Lieutaud.

(1) J.-B. Walker en relate 21 cas, dans un mémoire récent que nous utiliserons plus loin. (Voy. *Ruptures des tendons.*)
(2) Art. Muscles. *Encycl. de chir.*
(3) *Anatomie médicale*, 1803.

Les observations de Dupuytren [1] (hernie du jumeau), de Larrey [2] (hernie du premier adducteur), de Bérard [3] (*id.*), sont les premiers documents précis; leur nombre s'accroît peu à peu.

Warren, dans son *Traité des tumeurs* (1827), signale une hernie du droit antérieur de la cuisse, prise pour une mélanose simple et enlevée comme telle; Chanet (Th. de doct. 1827) donne deux nouvelles observations de hernie du moyen adducteur, qu'on crut être, dans un cas, une hernie intestinale irréductible, dans l'autre un kyste; une hernie du jambier antérieur est relatée par Richet (*Anatomie chirurgicale*, 1855); une autre encore siégeant sur les muscles de la face antérieure de l'avant-bras, par Sédillot (1859).

Ce n'étaient guère que des faits épars. En 1861, le mémoire de Mourlon, qui, depuis lors, faisait autorité, renferme trois nouvelles observations. A son exemple, les chirurgiens militaires continuent à publier des cas de hernie du moyen adducteur chez des cavaliers (Dauvé, Weill, Gaujot, Baudin); Prat [4] étudie celles du jambier antérieur.

En 1881, la question subit une transformation complète. A la Société de chirurgie, Farabeuf, dans un rapport sur une observation de Larger, vient battre en brèche la théorie qui régnait depuis près d'un siècle, et, se basant sur une meilleure étude des conditions anatomiques de la contraction musculaire, démontre que la hernie vraie est au moins une exception, et il appuie ses conclusions sur l'analyse des faits donnés comme tels. La même année, Larger et Bousquet fournissent encore d'autres observations.

Depuis, les faits et les travaux se sont multipliés, comme en témoigne la bibliographie ci-jointe.

Mourlon, Essai sur les hernies musculaires. *Rec. de mém. de méd. et chir. milit.*, 1861. — Farabeuf, Rapport sur une observation de tumeur musculaire de la cuisse, communiquée par M. Larger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 26 janvier 1881, p. 93, et 2 février 1881, p. 145. — Larger, Hernie du muscle jambier antérieur. *Bull. de la Soc. de chir.*, 30 mars 1881, p. 293. — Baudin, *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1881. — Nimier, Hernie et pseudo-hernie musculaire. *Archives génér. de méd.*, 1882, p. 285. — Guinard, Hernies musculaires. *Gaz. hebd.*, 1888. — Th. Giess, Zwei operativ behandelte Fälle von Hernia muscularis. *Berliner klin. Woch.*, 15 mars 1882, p. 174. — Sellerbeck, Operation eines Muskelbruches. *Deutsche militärärztl. Zeitschrift*, août 1891, p. 551. — Tédenat, Lipomes et hernies musculaires. *Montpellier médical*, 1892, n° 8, p. 148. — Gazin, Cure radicale d'une hernie du moyen adducteur; guérison à peu près totale. *Arch. de méd. milit.*, avril 1892, p. 310. — Choux, De la cure radicale des hernies musculaires. *Revue de chir.*, 1893, p. 485. — Hartmann, Note à propos d'un cas de hernie musculaire. *Revue de chir.*, 1893, p. 508. — Michaux, Hernie musculaire. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 711 et 759. — Maurange, Étude sur la hernie musculaire. Thèse de 1894. — André, Hernie musculaire vraie de l'extenseur commun des doigts, cure radicale. *Arch. de méd. milit.*, avril 1895, t. XXV, p. 301. — P. Paradies, Zur Kasuistik der Muskelhernien. *Internat. med. phot. Monatsschrift*, juin 1895, p. 161. — Legneu, Des hernies musculaires, 9e Congrès de chirurgie, 1895, n° 699.

Anatomie pathologique. — La doctrine ancienne était fort simple : lors d'une contraction brusque et intense, le corps charnu distend sa gaine fibreuse et la rompt, il fait hernie par la brèche.

Or, d'après Farabeuf, même contracté, le muscle n'exerce jamais de pression excentrique sur les parois de sa loge aponévrotique; il la remplit chez les sujets bien musclés, il ne la distend pas, et, de fait, une pareille distension, par les frottements qu'elle aurait provoqués, eût été une entrave pour le jeu musculaire.

(1) *Gazette hebd.*, 1829.
(2) Communiquée à Mourlon : *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1861.
(3) Thèse de Rouillois, 1829.
(4) Thèse de doct., 1879.