

vicieuse. Pendant longtemps il est nécessaire de continuer l'emploi des appareils et l'extension durant la nuit.

On ne doit pas chercher à réduire les luxations pathologiques de la coxalgie, mais seulement à placer le membre dans les meilleures conditions pour l'usage. Tel est l'avis de HUETER qui regarde comme périlleuse toute tentative de réduction complète de la tête luxée. Nous verrons ce qu'il convient de faire lorsque la coxalgie se termine par ankylose.

### 3° CONTRACTURE ET ANKYLOSE DE LA HANCHE

**Bibliographie.** — DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. IV, 1839, p. 503. — VOLKMANN, *Krankh. d. Bewegungs Organe*. — BUSCH, *Arch. de Langenbeck*, Bd. IV, p. 50. — ADAMS, A. *New Oper. f. Anchylose of the Hip Joint*, London, 1874, et *Med. Chir. Transact.*, 1876. — TILLAUX, *Union méd.*, 1876, nos 27 et 29. — GUSSENBAUER, *Arch. de Langenbeck*, Bd. XVIII, p. 32. — BARWELL, *Encycl. int. de chir.*, t. IV, p. 640. — LAROQUE, *Th. de Paris*, 1877. — WARTON, *Amer. Journ. of Med. Science*, July 1883. — ROSMANIT, *Arch. de Langenbeck*, 1882, Bd. XXVIII, p. 1 (Bibliogr.). — MORDHORST, *Ibid.*, 1885, Bd. XXXI, p. 677. — PINKERT, *Diss. Inaug.*, Halle, 1883. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Soc. de chir.*, 1885. — VOLKMANN, *Treizième congrès des chirurgiens allemands*, et *Centr. f. Chir.*, 1885, p. 249.

La plupart des affections inflammatoires aiguës ou chroniques, suppurées ou non suppurées de l'articulation de la hanche ou des parties périphériques sont susceptibles de se terminer par la contracture ou l'ankylose. Il faut y ajouter les contractures d'origine médullaire ou consécutives à la myosite, les cicatrices, suites de brûlures étendues, les ossifications périphériques du psoas. C'est un phénomène qui n'offre rien d'insolite, mais qui acquiert dans cette région une importance considérable, en raison de l'épaisseur des couches musculaires, de la résistance exceptionnelle des fascias et aussi par la difficulté de remédier aux troubles fonctionnels qui en sont la conséquence.

Nous n'aurons guère en vue ici que les cas de positions vicieuses, qu'il y ait contracture ou ankylose, car le chirurgien ne doit jamais intervenir lorsque le membre est fixé dans l'extension, à moins que les deux hanches ne soit intéressées; en effet, cette position, quoique gênante, n'en est pas moins compatible avec un état assez satisfaisant des fonctions. Or les principales attitudes vicieuses sont: 1° la flexion qui ne fait jamais défaut; 2° l'adduction ou l'abduction; 3° la rotation en dehors avec allongement apparent et la rotation en dedans avec raccourcissement apparent. Ces diverses positions s'associent à des degrés divers et quelquefois les deux hanches sont simultanément intéressées; on conçoit qu'en pareil cas il en résulte une impuissance presque absolue de la marche et cette grave infirmité explique les tentatives parfois radicales qui ont été faites pour permettre à ces malheureux non pas de marcher, mais seulement de s'asseoir.

Le diagnostic différentiel entre la contracture et l'ankylose vraie offre parfois de réelles difficultés et des erreurs ont été commises; pendant un examen

approfondi de la hanche pendant l'anesthésie chloroformique, les antécédents, l'histoire de la maladie, les tentatives prudentes de mobilisation en ayant soin de fixer solidement le bassin, permettront de distinguer la fausse ankylose de l'ankylose vraie.

**Traitement.** — La thérapeutique de cette affection est assurément la partie la plus intéressante de son histoire; l'intervention chirurgicale variera selon qu'il s'agit d'une ankylose fibreuse périphérique ou osseuse.

**Traitement des contractures.** — Dans les cas légers où il existe encore quelques mobilité de la jointure il est indiqué de commencer par les moyens de douceur; tels sont le redressement avec les mains après l'anesthésie, l'application de l'extension continue avec des poids progressifs. Ces moyens comptent un certain nombre de succès à leur actif; ils échouent souvent ou bien l'attitude vicieuse se reproduit insensiblement, lorsqu'on retire les membres des appareils, plâtrés ou autres, dans lesquels ils ont été placés. Le médecin n'a plus d'autres ressources que les sections tendineuses, musculaires, aponévrotiques et le brisement forcé. Or les sections sous-cutanées très rationnelles ne sont pas toujours praticables à la hanche en raison du grand nombre des muscles, de l'étendue des aponévroses et aussi à cause des dangers auxquels expose le voisinage des vaisseaux. Le brisement forcé est une manœuvre un peu brutale qui ne donne pas constamment des résultats bien satisfaisants; ROSSANDER a cassé les deux fémurs au col; TILLAUX a noté un fait semblable; chez les enfants cette manœuvre fait courir le risque de produire, comme dans un cas de VOLKMANN, des désordres étendus.

**Traitement de l'ankylose osseuse.** — Depuis le commencement de ce siècle on a cherché à améliorer la situation des malades atteints d'ankylose de la hanche. C'est à RHEA BARTON que revient l'honneur d'avoir le premier pratiqué avec la scie la section du col du fémur pour corriger une ankylose coxo-fémorale vicieusement fléchie (1826). Depuis cette époque ses procédés ont été modifiés, et grâce à la méthode antiseptique, ces opérations hardies sont entrées dans la pratique. Avant d'exposer les diverses méthodes actuellement en faveur nous ferons remarquer que l'ostéoclasie n'a pas pour la hanche la même valeur que dans d'autres régions, parce qu'il est bien difficile de fixer convenablement le bassin; en outre on ne peut savoir exactement en quel point se produira la fracture.

Quatre méthodes ont été imaginées pour sectionner le fémur et mobiliser le membre inférieur. Ce sont:

1° L'ostéotomie du col avec la scie ou le ciseau, ou opération de RHEA BARTON. Sur trente-cinq (35) ostéotomies réunies dans un important travail par ROSMANIT, cet auteur relève quatre (4) morts, soit une mortalité de 11,43 p. 100.

2° L'ostéotomie sous-trochantérienne préconisée par VOLKMANN. Ce chirurgien attaque le fémur avec le ciseau dans la région sous-trochantérienne et lorsque la section a intéressé la moitié de l'os il achève la division en fracturant la partie restante. Sur trente-quatre (34) opérations de ce genre on compte seulement trois (3) morts, soit une mortalité de 8,82 p. 100.

3° L'excision cunéiforme également sous-trochantérienne qui n'est qu'une

modification de l'opération précédente; vingt-huit (28) opérations donnent deux (2) morts, soit une mortalité de 7,14 p. 100.

4° La résection d'une rondelle du col du fémur ne paraît pas aussi inoffensive que les interventions dont il vient d'être question; ainsi six (6) opérés sur vingt (20) sont morts (mortalité 30 p. 100). Ce résultat ne saurait être attribué à la proximité de l'articulation puisqu'elle n'existe plus; sans doute la difficulté d'atteindre le col sans intéresser une grande quantité des parties molles doit être prise en considération, tandis que les autres résections, surtout avec la méthode antiseptique, l'ostéotome de MACEWEN, causent beaucoup moins de dégâts. Lorsque les deux hanches sont ankylosées, la marche devient impossible; en pareil cas les indications varient. Il faut chercher à obtenir une pseudarthrose d'un côté par la résection. Quant à l'autre côté, on ne doit faire l'ostéotomie que si le membre est dans une position vicieuse (VOLKMANN).

En résumé les résultats sont de nature à encourager de nouvelles tentatives; après avoir obtenu la mobilisation du membre il est de toute nécessité de l'immobiliser dans une bonne position.

### § 3. — Luxations pathologiques de la hanche

#### 1° LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

**Bibliographie.** — PALETTA, *De Claudicatione congenita*, 1787. — SÉDILLOT, *Journ. l'Expérience*, 1838, p. 14. — BOUVIER, *Ibid.* — PRAVAZ, *Traité théorique et pratique des luxations congénitales*, 1847. — MALGAIGNE, *Traité des luxations*, Paris, 1855. — BOUÏSSON, *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. 1<sup>er</sup>, p. 503. — BOUVIER, *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur*. — DEPAUL, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1865, t. VI. — BOUVIER, BROCA, VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866. — VERNEUIL, *Union méd.*, 1866, et *Gaz. des Hôp.*, 1866. — DALLY, *Bull. gén. de thérap.*, 1873. — DUBREUIL, *Leçons d'orthopédie*, Paris, 1882. — RECLUS, *Revue mensuelle*, 1878, p. 176. — ROSER, *Arch. de Langenbeck*, t. XXIV, 1879, p. 309. — HEUSNER, *Arch. de Langenbeck*, 1885, Bd. XXXI. Thèses de Paris. — 1851, ROBERT (Concours). — 1877, DELLESTABLE. — 1883, ANGOT.

Les luxations congénitales du fémur, assez communes, ont été l'objet de travaux importants dans notre siècle; une étude approfondie de la question a permis de constater que, sous le nom de luxations congénitales, on a compris des affections multiples et différentes; aussi depuis les recherches de VERNEUIL, RECLUS il est indispensable de séparer les luxations congénitales vraies des luxations paralytiques de l'enfance.

#### A. — LUXATIONS CONGÉNITALES

**Étiologie.** — La luxation se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les filles que chez les garçons, et l'hérédité joue un rôle incontestable dans leur production. Diverses théories ont été émises pour expliquer leur pathogénie; toutes n'ayant pas une égale valeur, nous examinerons les principales.

1° **Théorie traumatique.** — Cette hypothèse soutenue par CRUVEILHIER fait jouer un rôle aux violences extérieures pendant la vie fœtale et aux contractions brusques de la matrice. C'est là une opinion que rien ne vérifie.

2° **Affections articulaires pendant la vie intra-utérine.** — Adoptée par GERDY, MALGAIGNE, SÉDILLOT, PARISE, cette théorie attribue à une arthrite le déplacement de la tête du fémur. SÉDILLOT pense qu'il s'agit d'un simple relâchement des ligaments, PARISE fait intervenir une hydropisie. Quelques autopsies dans lesquelles on a constaté des altérations synoviales (VERNEUIL, MOREL-LAVALLÉE) donnent à cette interprétation une certaine vraisemblance. Quant au gonflement du tissu graisseux du fond du cotyle, signalé quelquefois, il est plutôt l'effet que la cause de la luxation.

3° **Théorie nerveuse.** — CHAUSSIER croyait que les convulsions intra-utérines amenaient insensiblement la luxation. De son côté, J. GUÉRIN, se basant sur la coïncidence d'autres malformations, les rapportait à une altération des centres. Comme le faisait remarquer BROCA, la contracture invoquée par CHAUSSIER n'existe pas.

4° **Développement défectueux de la hanche. Théorie de Breschet.** — D'après cet auteur, l'arrêt de développement de l'une ou des deux parties constituantes ou de toutes deux, aurait pour conséquence la luxation congénitale. Malheureusement cette manière de voir n'est pas justifiée par les faits, car les deux parties constituantes existent et les altérations constatées paraissent rationnellement imputables à des transformations ultérieures.

5° ROSER a prétendu que la luxation congénitale tenait à la *position d'adduction des cuisses chez le fœtus* et à la pression de l'utérus lorsqu'il y a peu de liquide amniotique. Cette position entraîne une compression du testicule qui, chez le fœtus mâle détermine des changements de position, tandis que l'action persiste chez les filles.

**Anatomie pathologique.** — Toutes les luxations congénitales de la hanche appartiennent à la variété iliaque; elles sont simples ou bilatérales. Quant aux lésions présentées par les diverses parties de la jointure, elles varient suivant l'époque à laquelle on les observe; d'abord incomplet au moment de la naissance, le déplacement s'accroît plus tard lorsque l'enfant marche.

La tête du fémur, assez peu modifiée au début de la vie, se déforme progressivement, s'atrophie; toute la portion supérieure au cartilage sérié, qui recevait des vaisseaux du ligament rond, privée de ses moyens de nutrition par la destruction de ce ligament, disparaît par résorption, s'aplatit ou prend une forme conique; le col subit les mêmes transformations. Presque toujours le fémur et les autres os du membre présentent un certain degré d'atrophie et sont moins longs que leurs congénères. Lorsque la luxation est ancienne, le ligament rond a disparu; néanmoins on en trouve quelquefois des rudiments sous la forme de tractus fibreux, grêles, distendus, dissociés.

Du côté de l'os iliaque, l'acétabulum en partie conservé au moment de la naissance, tend à s'effacer; le bourrelet cotyloïdien fait également défaut; dans plusieurs cas on a trouvé la cavité déshabitée comblée par une masse graisseuse. PALETTA y a signalé la présence d'une exostose. Les lésions sont surtout marquées en haut et en arrière au point où la tête du fémur déplacée s'est

creusé une nouvelle surface articulaire. Cette dernière est dans certains cas entourée de végétations osseuses périphériques.

A mesure que la luxation devient plus prononcée, la capsule distendue s'allonge, puis ne tarde pas à se rétrécir à sa partie moyenne en prenant l'aspect d'un sablier. Plus tard, aux débris de l'ancienne capsule représentés par les vestiges du ligament de Bertin, s'ajoutent d'autres trousseaux fibreux qui complètent la nouvelle capsule. La néarthrose reste d'ordinaire assez rudimentaire et parfois les surfaces osseuses qui frottent les unes contre les autres sont simplement recouvertes d'un revêtement fibreux délicat.

Par suite des changements survenus dans la position de leurs points d'insertion, les muscles qui s'insèrent à la tête du fémur présentent des modifications notables et l'atrophie. Cette altération intéresse à un assez haut degré les fessiers et les muscles pelvi-trochantériens; mais la lésion amyotrophique ne serait pas constante (BROCA).

La luxation congénitale de la hanche retentit insensiblement sur le bassin lui-même; ces modifications intéressantes particulièrement au point de vue des accouchements ont été décrites par VROLIK, GUÉNIOT, DELLESTABLE. S'agit-il d'une luxation simple, le bassin s'abaisse du côté correspondant; l'ilium atrophié au lieu d'être déjeté en dehors, prend une direction verticale; d'autre part la gouttière ilio-pubienne ou passe le psoas distendu par suite du déplacement du petit trochanter, en haut, en arrière et en dehors, s'excave; enfin l'ischion et la branche ischio-pubienne, entraînés par les muscles qui s'y insèrent se déjettent en dehors. Ces diverses modifications donnent naissance au vice de conformation connu sous le nom de bassin oblique ovalaire décrit par NÆGELÉ. Dans la luxation double, la déformation du détroit supérieur serait moins prononcée; le détroit inférieur d'après BOUVIER se trouverait élargi par suite de l'inclinaison des deux ischions en dehors.

**Symptômes.** — Chacune des variétés, simple ou double, s'accompagnant de symptômes particuliers, nous les décrivons isolément.

1° *Luxation unique.* — L'enfant étant placé debout, déshabillé, on constate un abaissement notable du bassin du côté de la luxation, compensé par une courbure inverse de la colonne vertébrale; le membre est dans la rotation en dehors; le grand trochanter situé plus en arrière se rapproche de la crête iliaque et par sa saillie donne à la fesse une forme arrondie. Le pli fessier paraît plus élevé que l'autre; au contraire le pli de l'aîne s'excave. Si l'on mesure les deux membres comparativement, en ayant soin de mettre les épines iliaques sur un même plan horizontal, on note un raccourcissement variable susceptible de diminuer un peu, comme les autres déformations, en exerçant une traction continue sur le pied, mais jamais au point de rendre au membre sa longueur normale, comme le croyait DUPUYTREN. En poussant le membre de bas en haut, la main n'éprouve pas la même résistance que pour une hanche saine. Signalons encore l'atrophie du membre, l'obliquité du fémur en bas et en dedans et la déformation vicieuse que l'on observe dans le genu valgum. Certains malades marchent sur la pointe du pied (*ped bot equin de compensation*), d'autres appliquent le pied sur le sol et corrigent le raccourcissement réel par un léger degré de flexion du genou du côté sain.

Vient-on à imprimer des mouvements au membre, au lieu de tourner dans une cavité fixe, la tête du fémur semble décrire un arc de cercle d'autant plus marqué que le col est moins atrophié (DESPRÈS). En palpant la région de l'aîne en dehors des vaisseaux, les doigts ne sentent plus la tête (PRAVAZ). NÉLATON a donné un autre signe qui consiste à chercher la position du trochanter par rapport à la ligne ischio-épineuse (ischion, épine iliaque antéro-supérieure) la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin; le trochanter se trouve fort en arrière de cette ligne.

Tous les mouvements conservés s'exécutent sans douleur; seuls ceux d'abduction sont assez limités tandis que ceux de flexion offrent une plus grande étendue qu'à l'état normal, suivant la remarque de PRAVAZ; on peut sans peine amener le pied à toucher l'épaule. Néanmoins la marche s'effectue toujours d'une façon très défectueuse; il se produit à chaque pas une claudication particulière. Lorsque le membre malade pose sur le sol, la cuisse semble s'enfoncer dans le flanc et il en résulte une inflexion du tronc qui alterne avec un relèvement. Les petits malades en marchant sur la pointe du pied diminuent sensiblement cette claudication.

2° *Luxation double.* — L'enfant étant placé debout, le tronc semble plus long qu'à l'état normal, les cuisses plus courtes; les mains descendent jusqu'au niveau du condyle externe du fémur.

Les cuisses, obliques de haut en bas et de dehors en dedans présentent à leur partie supérieure et interne un écartement de quelques centimètres; au contraire les jambes sont déjetées en dehors, l'angle externe fémoro-tibial est moins obtus comme dans le genu valgum. Notons en outre l'ensellure, l'abdomen proéminent, la saillie anormale des trochanters en arrière. Pendant la marche le malade boite d'une manière caractéristique, le tronc oscille alternativement d'un côté et de l'autre à la façon de certains palmipèdes; c'est une sorte de mouvement de roulement qui diminue lorsque l'enfant marche vite. Cette affection fatigue plus que la luxation simple; elle expose aux chutes et nécessite l'emploi d'un appui; l'ascension des escaliers s'exécute difficilement. L'adduction seule est incomplète; les autres mouvements persistent, la contracture des abducteurs existe dans un certain nombre de cas. L'enfant étant étendu et le bassin fixé, il est possible, en exerçant une traction sur les deux membres, de diminuer dans une certaine mesure le raccourcissement.

Tous les symptômes s'accroissent jusqu'à l'âge adulte; de plus les enfants seraient sujets aux névralgies crurale et sciatique. Quelquefois les néarthroses s'enflamment ainsi qu'ANGOT en rapporte un exemple.

**Diagnostic.** — Chez les enfants qui ne marchent pas encore, le diagnostic de l'affection semble impossible si l'attention n'est pas éveillée par l'existence d'une malformation analogue des parents. La difficulté à apprendre à marcher, les chutes très fréquentes qui ne se produisent pas lorsque le petit malade trouve un point d'appui, la situation anormale du trochanter, le raccourcissement du membre permettront de soupçonner une luxation. Lorsque les enfants marchent, la claudication, la diminution de longueur de la cuisse, l'absence des douleurs, l'intégrité de la plupart des mouvements, la diminu-

tion du raccourcissement par la traction, et, d'une façon générale, tous les signes énumérés plus haut laisseront peu de place au doute.

Les commémoratifs sont d'un secours précieux pour séparer les luxations congénitales des luxations traumatiques très rares dans le premier âge. La coxalgie avec ses douleurs, son allongement apparent, les positions vicieuses, les troubles fonctionnels ne pourrait induire en erreur un observateur attentif.

**Traitement.** — 1° *Traitement palliatif.* — Il consiste à prescrire une bonne hygiène, les frictions, les douches, le massage, l'électricité, à faire porter une chaussure à talons, un appareil contentif pour soutenir le bassin, maintenir le trochanter appliqué contre l'os iliaque. Depuis DUPUYTREN on a imaginé de nombreux appareils ou ceintures moulées. Signalons spécialement les appareils de ROBERT et COLLIN, MATHIEU, MOXLON; ROSER, d'accord avec sa théorie de de l'affection, conseille de mettre les deux membres dans l'abduction et de les y maintenir à l'aide d'un bâton placé entre les deux pieds.

2° *Traitement curatif.* — LAFOND, DUVAL, HUMBERT et surtout PRAVAZ ont avancé que les luxations congénitales n'étaient pas incurables ainsi que le croyait DUPUYTREN. Ils imaginèrent des appareils destinés à faire l'extension, la réduction et à faciliter la consolidation, comme pour les luxations traumatiques, mais en ayant soin d'espacer ces différents temps du traitement à d'assez longs intervalles. Malheureusement les succès ne parurent pas bien probants et BOUVIER attaqua vivement les assertions de PRAVAZ. Aujourd'hui l'opinion des chirurgiens semble faite sur ce point de thérapeutique. Après l'âge de dix ans, l'enfant devient infirme. Jusque-là, toutes les tentatives ne sont pas inutiles et PRAVAZ fils, VALETTE soutiennent encore la curabilité des luxations congénitales. En réalité le traitement ne réduit pas la luxation, mais il modifie avantageusement la lésion en rapprochant la tête du fémur du point qu'elle devrait occuper normalement; on améliore quelquefois ainsi la difformité au prix de traitements pénibles, longs et surtout dispendieux; la cure réelle n'a jamais été obtenue. Mentionnons seulement les sections tendineuses essayées par J. GUÉRIN.

Depuis quelques années les chirurgiens étrangers ont poussé la hardiesse jusqu'à réséquer les extrémités supérieures du fémur dans les cas de luxation congénitale. Ces essais auraient donné des résultats assez satisfaisants. Récemment HEUSNER a publié un cas de résection chez une fille de vingt-quatre ans.

## 2° LUXATIONS PARALYTIQUES DE L'ENFANCE

Longtemps confondues avec les précédentes, les luxations paralytiques en ont été nettement séparées par VERNEUIL. On avait bien remarqué auparavant que certaines luxations survenaient chez les enfants qui avaient marché pendant des années, mais BROCA, BOUVIER n'en admettaient pas moins leur origine congénitale, arguant d'une malformation native que la marche accentuait plus tard. VERNEUIL ne se borna pas à montrer l'insuffisance de la division, il trouva qu'en pareil cas le déplacement de la tête fémorale était consécutif à l'atrophie des muscles fessiers et pelvi-trochantériens.

Plus récemment RECLUS a apporté d'autres faits à l'appui de cette manière de voir; les muscles de la hanche se partageraient en deux groupes antagonistes; d'une part les adducteurs qui tendent à porter la tête du fémur en haut et en arrière; d'autre part les fessiers et les pelvi-trochantériens dont l'action serait inverse. Que l'un de ces groupes antagonistes agisse seul, la tête tendra à quitter la cavité, c'est ainsi que la paralysie des fessiers laissant la tête du fémur sous l'influence des adducteurs, celle-ci se luxe en haut et en arrière. RECLUS parle d'un cas où la luxation en avant résultait d'une atrophie des adducteurs. Ces déplacements seraient donc susceptibles de se produire sans l'intervention du poids du corps pendant la marche; néanmoins celle-ci favorise et active certainement la luxation.

## CHAPITRE II

### AFFECTIIONS CHIRURGICALES DE LA CUISSE

#### § 1<sup>er</sup>. — Affections de la région crurale de l'aîne

**Bibliographie.** — Consulter l'article AINE du *Dict. encycl. des sciences méd.* par VERNEUIL.

Il ne rentre pas dans notre plan de donner une description détaillée des affections multiples dont la région de l'aîne peut être atteinte; les plus intéressantes, en effet, ont déjà été l'objet de développements spéciaux; telles sont les hernies inguinales et crurales, les maladies du cordon, les anévrysmes inguinaux les variétés lymphatiques, les abcès par congestion, etc. Nous aurons donc exclusivement pour but de compléter l'histoire des maladies chirurgicales de la portion crurale de l'aîne.

#### 1° LÉSIONS TRAUMATIQUES

Toutes les variétés de plaies se rencontrent à la racine de la cuisse; les unes sont le résultat d'un coup porté avec un instrument tranchant ou piquant (épée, baïonnette); ailleurs il s'agit de coups de feu; BERNE a signalé la rupture de la peau de l'aîne pendant les tentatives de redressement d'une coxalgie. Enfin les plaies opératoires n'y sont pas rares; qu'il nous suffise de rappeler les incisions des bubons, la kélotomie, etc. Au nombre des particularités dignes de remarque citons la tendance au rapprochement et à l'enroulement des plaies parallèles au pli de l'aîne, le danger des hémorragies, même lorsqu'il s'agit de blessures superficielles, puisque LE FORT aurait vu la lésion de la tégumentuse abdominale amener la mort.

La compression violente ou prolongée détermine dans la région des