

a été borné aux ligaments inter et sus-épineux, les malades en ont été quittes pour garder le repos pendant un temps plus ou moins long; mais la rupture du ligament jaune a été suivie de la paraplégie et de la mort, sans doute à cause de la distension qu'avait subie la moelle de l'épine.

ARTICLE V.

Des luxations des côtes.

Le silence absolu du plus grand nombre des écrivains observateurs sur les luxations dont les côtes pourraient être susceptibles n'avait point paru étonnant jusqu'après l'époque où J.-L. Petit et Duverney écrivirent leurs traités sur les maladies des os. Petit, doué d'un esprit observateur, trouva tout simple, sans doute, que la solidité des articulations de ces os, et la flexibilité dont ils jouissent, les exposassent plutôt aux fractures qu'aux luxations, et ne connaissant probablement aucun fait en opposition avec ces conjectures, il imita l'exemple de ses devanciers. Quelques compilateurs admirent néanmoins l'existence de ces déplacements, mais sans en citer aucun exemple; et on a lieu d'être étonné de trouver le nom de Paré à la tête de ceux qui embrassèrent cette opinion.

Cependant un des correspondants de l'Académie de chirurgie, croyant avoir observé un cas de luxation de l'extrémité vertébrale de l'une des côtes appelées vraies, communiqua le fait à cette compagnie dans un mémoire où il établit une théorie sur ce sujet. L'Académie adopta l'observation et les propositions de l'auteur, et le respect qu'elle inspirait, et qu'elle méritait à tant de titres, donna du crédit à une doctrine qui nous paraît avoir été admise trop légèrement.

Selon Buttet, les dernières vraies côtes, et les premières de celles que l'on appelle fausses, seraient les seules susceptibles de luxation, et le déplacement ne pourrait jamais avoir lieu qu'en devant: la cause luxante devrait toujours agir sur l'angle même de la côte, ou le plus près possible de l'apophyse transverse avec laquelle elle s'articule, et dans un espace très-borné; les symptômes de cette luxation seraient une douleur vive à la région postérieure du thorax, l'inspiration courte et gênée, la mobilité de la côte luxée dans toute sa longueur, un

bruit sensible pour le sens de l'ouïe et pour celui du toucher; le traitement consisterait à comprimer les côtes du côté malade, près du sternum et des vertèbres correspondantes, pour faire cesser les douleurs et la gêne de la respiration.

Mais que l'on remarque d'abord que l'auteur ne se fonde que sur un seul fait, et qu'en admettant qu'il eût été bien vu, on ne serait pas autorisé pour cela à en déduire des propositions générales. En second lieu, il ne faut pas un grand effort d'attention pour reconnaître, dans le tableau que nous venons de présenter, les symptômes de la fracture d'une côte près de son articulation avec l'apophyse transverse de la vertèbre correspondante. Il ne pourra rester le moindre doute à cet égard si l'on écarte l'ambiguïté de certaines expressions de la narration de ce fait: qu'est-ce qu'un bruit qui se manifeste par une espèce de soubresaut, et qui n'est point la crépitation, quoique beaucoup plus distinct qu'elle? C'est pourtant sur cette distinction subtile que reposerait, selon Buttet, toute la différence propre à faire distinguer les luxations des côtes d'avec leurs fractures; suivant lui, dans ces dernières, la crépitation ne serait sensible que pour l'organe du toucher, et elle produirait un bruit manifeste dans les cas de luxation: comme si l'on n'observait pas tous les jours une crépitation sonore dans les recherches que l'on fait pour constater l'existence des fractures. D'ailleurs, en admettant la luxation de l'extrémité postérieure des côtes, qui ne voit que, dans ce cas, l'extrémité de l'os déplacé, revêtue de sa couche cartilagineuse, en frottant contre le corps des vertèbres correspondantes, ne pourrait produire même une crépitation sourde et sensible seulement pour l'organe du toucher? On distingue à la vérité cette sensation, et même le bruit qui l'accompagne, dans la réduction des luxations qui intéressent les articulations orbiculaires, quoique les deux surfaces soient recouvertes d'une couche cartilagineuse; mais, dans ce cas, il se passe des mouvements fort étendus; on est forcé d'user de violence, et la tête de l'os luxé, en rentrant dans la cavité qu'elle avait abandonnée, tombe dans une excavation profonde. Dans la supposition de Buttet, au contraire, il s'agirait de surfaces presque plates, jouant librement et sans obstacle les unes sur les autres, et dans un espace fort circonscrit; et dans cette région, on ne voit absolument qu'une fracture qui puisse donner lieu à la crépitation, quel que soit son caractère.

Enfin, quand bien même les phénomènes indiqués par Buttet, comme propres à caractériser la luxation des côtes, ressembleraient moins exactement aux symptômes de la fracture de ces os, le fait dont il a conservé l'histoire n'en serait pas plus propre à démontrer l'existence, la possibilité de la maladie dont il s'agit : son malade ayant guéri, il manquerait toujours la seule preuve sans réplique que l'on puisse donner en pareille matière, l'autopsie anatomique.

Quelques observateurs, par un abus de langage, beaucoup trop commun en médecine, ont donné le nom de *luxation* à quelques cas de désarticulation des côtes dans l'une ou l'autre de leurs extrémités, par suite de leur destruction ou de celle des vertèbres ou du sternum, à l'occasion des progrès d'un anévrysme, ou de toute autre lésion organique.

Il n'existe jusqu'à présent aucun exemple bien constaté de luxation de l'une ou de l'autre extrémité des côtes, et la chose ne paraîtra point étonnante à quiconque réfléchira sur la longueur de ces os, sur leur structure, sur leur souplesse, la flexibilité de leurs cartilages, la solidité de leurs articulations sternale et vertébrale, le nombre et l'épaisseur des muscles qui enveloppent cette dernière, la facilité avec laquelle ces os sont rompus, lorsque dans les dissections anatomiques on s'efforce de les désarticuler sans avoir eu soin de couper tous les ligaments qui les assujettissent, etc. Que penser cependant des préceptes donnés, et des propositions avancées par quelques auteurs dogmatiques, tels que Junker, Heister, etc. ? Ils ont distingué plusieurs espèces de luxations de l'extrémité postérieure des côtes ; ils ont enseigné plusieurs procédés pour réduire la luxation *en haut* et la luxation *en bas* ; selon eux, celle dans laquelle la côte luxée s'est portée en dedans ou en devant est la plus dangereuse ; cette espèce peut être accompagnée d'une pleurésie des plus graves ; et si les manipulations ordinaires, ou diverses attitudes du malade, ne réussissent pas à procurer la réduction, il ne faut pas hésiter à faire une incision pour saisir la côte, et la ramener dans sa situation naturelle, etc. On voit que la plupart d'entre eux ont écrit sur des objets qu'ils n'avaient jamais vus, et sur la foi de leurs prédécesseurs, et que ceux qui ont vu les accidents dont ils parlent ont, sans raison, attribué à un prétendu déplacement des effets qui dépendent d'une ou de plusieurs fractures, ou même d'une contusion violente. On ne saurait trop donner d'attention, en effet, à cette dernière source d'accidents, à la suite des fortes

percussions du thorax. Nous nous sommes suffisamment étendus sur ce sujet, en traitant des fractures des côtes et de celles du sternum, pour ne pas y revenir maintenant.

Les cartilages de certaines côtes sont exposés à une altération de rapports que l'on peut ranger parmi les luxations, et dont jusqu'à présent on n'a qu'un fort petit nombre d'exemples. On sait que le prolongement cartilagineux des 6^e, 7^e, 8^e et 9^e, présente une courbure dont la concavité règne le long de leur bord supérieur, et que ces cartilages offrent dans ce même lieu un élargissement sensible à la faveur duquel ils se touchent, et sont articulés entre eux par un ou plusieurs points de leurs bords respectifs. Une membrane synoviale attachée au contour des surfaces plates correspondantes, et quelques trousseaux fibreux rares, distribués sur l'une et l'autre face des cartilages, composent tout l'appareil de ces articulations, qui sont rarement exposées à des efforts considérables. Cependant, dans un renversement du tronc en arrière, dans une chute imminente de ce même côté, la contraction violente et soutenue des muscles abdominaux, et surtout des muscles droits, tendant à rétablir l'équilibre, peut donner lieu à la rupture de ces fibres ligamenteuses et au déplacement des cartilages, dont l'inférieur passe alors en arrière pendant l'effort, et, se relevant ensuite, pousse en devant le supérieur, qui paraît avoir été celui qui a subi le déplacement. Dans une observation de ce genre, rapportée par Martin (1), de Bordeaux, le sujet, qui était un homme âgé, en jouant avec un enfant, fut renversé sur le dossier d'une chaise, et son corps resta suspendu quelques instants dans cette attitude, la tête pendante d'un côté, et les extrémités inférieures de l'autre : c'est dans les efforts réitérés qu'il fit pour se relever que le déplacement eut lieu. Nous avons observé nous-même un fait semblable où le même accident était survenu dans des circonstances analogues. Dans l'instant du déplacement, le malade éprouva une douleur vive dans le point affecté, et l'on put distinguer tout de suite la saillie du cartilage supérieur. On a vu un léger spasme des muscles de la poitrine être la suite immédiate de ce premier moment de douleur et gêner un peu la respiration ; mais il est probable que si la réduction n'était point faite, elle pourrait avoir lieu spontanément à l'occasion des mouvements de la respiration, et que, même

(1) *Journal de médecine*, t. LIV, p. 328.

sans cette condition, la douleur se calmerait, le cartilage déplacé contracterait de nouveaux rapports avec les parties environnantes, et les mouvements du thorax n'en seraient pas moins libres dans la suite.

La réduction est extrêmement facile, et doit être pratiquée toutes les fois qu'il en est temps : il suffit de comprimer légèrement le cartilage qui fait une saillie extérieure; il glisse aisément sur le bord supérieur du suivant, et ce dernier est bientôt ramené dans sa situation naturelle par l'élasticité dont il jouit. Si l'on éprouvait quelque difficulté, il est probable qu'on la ferait disparaître par un léger renversement du tronc en arrière. Le repos et l'application de compresses trempées dans une liqueur résolutive ont suffi pour seconder le travail par lequel la nature assujettit de nouveau les deux cartilages voisins dans leur situation naturelle.

ARTICLE VI.

Des luxations du sternum. (P. B.)

Aucun des pathologistes qui ont écrit sur les maladies des os n'a parlé de la luxation des diverses pièces du sternum entre elles, et plusieurs ont rapporté aux fractures la maladie que nous décrivons; quelques-uns ont avancé sans preuve que l'appendice xyphoïde pouvait se luxer sur la seconde pièce du sternum; mais l'observation, basée sur les autopsies cadavériques, dément cette assertion : au contraire, elle prouve que cette luxation, si elle peut exister, est très-rare, et qu'ordinairement c'est la seconde pièce du sternum qui se luxer sur la première. Aurran, chirurgien gagnant-maîtrise à l'hôtel-Dieu de Rouen, est, je crois, le premier qui ait rapporté une observation de cette luxation, en la désignant sous le nom de luxation des os du sternum. Le malade guérit en vingt jours. M. Maisonneuve, chirurgien de Bicêtre, ayant eu occasion de vérifier, par deux autopsies, et d'une manière précise et irrécusable, l'existence de la luxation des deux pièces du sternum, a fixé la science sur ce point de doctrine.

Il est nécessaire, pour bien faire comprendre cette luxation et ses effets, de rappeler en peu de mots la disposition des deux pièces supérieures du sternum. La première pièce du sternum, ou poignée, a, chez l'adulte, une longueur de cinq à six centimètres; sa forme est

celle d'un triangle, dont le sommet, tourné en bas, est tronqué. Ce sommet présente trois facettes articulaires : une moyenne, horizontale, de forme elliptique transversalement, qui s'articule avec l'extrémité de la deuxième pièce; et deux latérales obliques regardant en dehors et en bas. Toutes les trois sont encroûtées de cartilages pour leur articulation avec la seconde pièce sternale et avec les deuxième

La seconde pièce du sternum, ou corps, plus large en bas qu'en haut, présente à son extrémité supérieure trois facettes : une moyenne, horizontale, de forme elliptique transversalement pour s'articuler avec la facette correspondante de la pièce supérieure, et deux latérales, obliques, regardant en dehors et en haut. Toutes les trois sont encroûtées de cartilages pour leur articulation avec la première pièce sternale et les deuxième

Les deux pièces du sternum ne présentent pas la même disposition chez tous les individus, et les différences qui existent entre eux en font naître dans les articulations chondro-sternales supérieures. Ces différences sont importantes à connaître pour l'explication du mécanisme de la luxation, et peut-être ont-elles de l'influence sur la possibilité de cette luxation. Tantôt il existe entre les deux portions du sternum, et c'est le cas le plus rare, un tissu fibro-cartilagineux continu d'une surface à l'autre, plus dense et plus tenace à sa périphérie, et qui forme ainsi un tout continu des deux pièces osseuses : alors les deux facettes obliques et réciproques des deux pièces constituent pour le cartilage costal une cavité articulaire dont le fond anguleux est formé par le fibro-cartilage sternal; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, chaque pièce du sternum est couverte par un cartilage diarthrodial : alors le cartilage moyen de la seconde pièce se continue sur les facettes costales, tandis que le cartilage moyen de la première pièce adhère à l'éperon du cartilage costal, et que les facettes latérales ont un cartilage diarthrodial : disposition de laquelle il résulte que le cartilage costal est fixé à la pièce supérieure du sternum, et que son articulation est double, c'est-à-dire que chacune de ses facettes articulaires a une articulation spéciale avec la facette sternale correspondante.

Les deux pièces du sternum sont maintenues en rapport par les surtout ligamenteux antérieur et postérieur; le premier, formé par l'entre-croisement transversal et oblique des fibres tendineuses des dif-

férents muscles qui viennent s'insérer à la face antérieure du sternum, est beaucoup plus épais que le second, mais ses fibres longitudinales étant peu nombreuses, il offre moins de résistance que ce dernier, dont presque toutes les fibres sont longitudinales; il est aussi plus adhérent que lui au sternum.

Pour exposer clairement les phénomènes des luxations du sternum, nous supposerons, avec M. Maisonneuve, que c'est le corps du sternum qui se luxe sur la première pièce ou poignée; et nous appellerons *luxation en avant*, celle dans laquelle le corps se porte sur la face antérieure de la poignée; et *luxation en arrière*, celle dans laquelle le corps passe derrière la poignée. Cette supposition, d'ailleurs, n'est pas sans fondement, car on sait que les deux premières côtes ne jouissent pas des mêmes mouvements que les autres, et que par conséquent la première pièce du sternum peut être regardée comme fixe, tandis que la seconde peut passer pour mobile, à cause de la grande mobilité des côtes qui s'articulent avec elle.

Les causes des luxations du sternum doivent être distinguées en prédisposantes et en occasionnelles. Je ne pense pas qu'on puisse admettre des causes traumatiques, car je doute que la luxation puisse avoir lieu sans la disposition anatomique dont j'ai parlé plus haut, et dans laquelle les surfaces articulaires des deux pièces du sternum sont couvertes d'un cartilage diarthrodial distinct, et les cartilages des deuxième côtes sont fixés à la pièce supérieure: au moins c'est ce que l'on peut conclure des deux observations recueillies par M. Maisonneuve, et c'est, je pense, l'opinion que l'on doit adopter jusqu'à ce que de nouvelles observations aussi positives viennent démontrer le contraire. Nous devons donc regarder cette disposition anatomique comme une cause prédisposante, et nous rangerons dans les causes occasionnelles toutes les violences extérieures qui, agissant fortement sur le thorax, ont une force assez grande pour disjoindre la poignée et le corps du sternum. Ces causes ont été rangées dans deux catégories, les causes directes et les causes indirectes. Les premières sont celles qui ont une action immédiate sur le sternum; elles sont probablement sans effet quand la prédisposition anatomique n'existe pas, ou bien elles occasionnent alors une fracture du sternum. Les secondes sont celles qui, agissant sur la partie postérieure de la poitrine, font naître dans sa partie antérieure un excès de convexité qui tend à disjoindre les deux pièces du sternum, dont l'articulation paraît se

trouver au point le plus saillant de cette convexité: c'est au moins ce que l'on peut conclure des observations d'Aurran et de David. Dans l'un et l'autre cas, les individus tombés d'un lieu élevé de façon que le dos appuyait fortement sur un corps qu'ils avaient rencontré avaient la tête et les bras pendants d'un côté, et le bassin et les jambes pendants de l'autre côté. Dans cette position, la convexité de la courbe formée en avant par la colonne vertébrale a dû augmenter considérablement la convexité de la courbe du sternum, et produire l'écartement et la luxation des deux pièces supérieures de cet os; c'est en effet ce qui arriva: aussi voyons-nous ces deux chirurgiens et M. Maisonneuve donner, dans ces cas, à la luxation, les noms de diastasis et d'écartement par diduction. Mais je pense qu'on doit ranger cette maladie dans la classe des luxations du sternum, quoique les os n'aient pas chevauché l'un sur l'autre. Peut-être la disposition anatomique la plus rare existait-elle dans ces deux circonstances, ou bien existait-il des portions intactes des trousseaux ligamenteux antérieur et postérieur qui se sont opposés au chevauchement des deux pièces osseuses? M. Maisonneuve admet, comme cause indirecte de cette luxation, une courbure exagérée du sternum en avant, lorsque dans une chute, soit sur la tête ou le cou, soit sur le bassin ou l'extrémité inférieure du rachis, les deux extrémités du sternum sont rapprochées l'une de l'autre, et il pense que, si la colonne vertébrale est fracturée dans ces chutes, la luxation devient encore plus facile. Il appuie son opinion sur les deux faits qu'il a observés. Ce mécanisme est très-admissible, et par conséquent l'opinion de ce chirurgien est probable. Je l'appuierai même d'une observation. J'ai vu un homme, ouvrier terrassier, âgé de trente-cinq ans, qui, ayant été pris sous un éboulement de terre, eut une fracture des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales, et une luxation du corps du sternum en avant. Il ne put pas dire positivement comment était arrivé l'accident; mais comme il était debout au moment de l'éboulement, tout porte à croire qu'il a été pressé de haut en bas par les terres qui se sont écroulées, et que, dans cette pression, le corps ayant été fortement courbé en avant, les vertèbres se sont fracturées, et le sternum s'est luxé par excès de courbure. Ce qu'il y a de plus certain, c'est que les apophyses épineuses des vertèbres fracturées faisaient dans la région dorsale une saillie très-prononcée, et que le corps du sternum était luxé en avant,

et était placé sur la poignée de cet os. Il y avait paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Le malheureux blessé ne pouvait rester couché que sur un des côtés. Des saignées du bras, des purgatifs, le cathétérisme de la vessie, et les soins assidus de tous genres, avaient prévenu ou combattu les premiers accidents, lorsqu'au douzième jour le malade fut pris subitement de gêne de la respiration, et menacé de l'asphyxie qui survient si fréquemment dans les lésions de la moelle épinière et qui est toujours mortelle. Les symptômes, d'abord très-graves, se modérèrent promptement, et ne durèrent que cinq jours; au bout de ce temps, tous les accidents se dissipèrent progressivement, et deux mois après l'évènement, le malade sortait guéri, mais avec une difformité de la région dorsale et de la région sternale. Il était resté pendant six semaines couché sur les côtés, mais surtout sur le côté droit. Pendant les derniers quinze jours, il avait pu se mettre indifféremment sur les côtés et sur le dos.

Beauchêne rapporte dans le Journal général de médecine une observation qui prouve que l'articulation des deux premières pièces du sternum peut subsister, et qui démontre ainsi la possibilité de la luxation. Un jeune homme âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution délicate, éprouvait des douleurs presque continuelles vers la partie moyenne du sternum. Dans l'espérance de se soulager, le malade appuyait fréquemment et avec force la paume de la main sur la partie douloureuse de cet os. Cette manœuvre imprudente fut suivie de la disjonction des deux premières pièces qui le composent; cependant elles n'ont pu s'écarter beaucoup; mais elles se sont fléchies assez pour former un angle saillant en avant. Lorsque le jeune homme fait exécuter au thorax des mouvements de rotation à droite ou à gauche, les deux premières pièces se meuvent l'une sur l'autre, et l'on entend en prêtant l'oreille une sorte de crépitation; elle est toujours accompagnée d'une sensation douloureuse. Cette disposition a persisté et a résisté à tous les traitements.

Les signes des luxations du sternum sont simples. Dans la luxation en avant, le corps du sternum, passé au devant de la poignée, forme sur celle-ci une saillie d'un centimètre environ; il est remonté vers la fourchette sternale, de sorte que la première pièce est moins grande que dans l'état naturel; l'espace intercostal qui sépare les deuxièmes et troisièmes côtes est moindre que dans l'état normal,

tandis que les autres espaces intercostaux ont conservé leurs rapports naturels. La première et la seconde côte sont situées dans un plan plus déclive que la troisième et les suivantes.

Dans la luxation en arrière, la saillie, formée par la poignée du sternum passée au devant de son corps, est bien plus prononcée, parce que la première pièce du sternum est plus épaisse que la seconde: aussi nous voyons que Sabatier nous dit que la saillie était d'environ vingt-huit millimètres. Les deux premières côtes sont situées dans un plan plus élevé que la troisième; mais à mesure que l'on se rapproche de l'appendice xyphoïde, on voit que les côtes ont de la tendance à se trouver au même niveau que les deux premières, parce que l'élasticité des cartilages les repousse en avant. L'espace qui se trouve entre les deuxièmes et troisièmes côtes est diminué, tandis que les autres espaces intercostaux ont conservé leurs rapports. La première pièce du sternum a conservé sa longueur, tandis que la seconde a perdu une partie de la sienne.

Le diagnostic de ces luxations est facile, d'après l'exposé de ces symptômes.

Le pronostic n'a rien de grave, et si ces luxations ne coexistaient pas ordinairement avec des désordres de la colonne vertébrale, elles seraient des maladies de peu d'importance. Dans le cas que j'ai observé, le malade ne se plaignait nullement de la luxation du sternum, et cependant j'attirais chaque jour son attention sur cette lésion.

L'anatomie pathologique démontre sans réplique tout ce que je viens de dire, comme le prouvent les observations rapportées par M. Maisonneuve, et la pièce conservée au musée Dupuytren; de plus, elle fait connaître la nature des désordres qui accompagnent cette luxation. La seconde pièce du sternum est passée au devant de la première; les cartilages des deuxièmes côtes restent fixés à celle-ci; le surtout ligamenteux antérieur est déchiré à cause de son adhérence au sternum et de la direction de ses fibres; le surtout ligamenteux postérieur est intact et décollé.

Le traitement de cette fracture consisterait à replacer la seconde pièce du sternum, si on pouvait agir sur elle. M. Maisonneuve et moi, nous n'avons pu le faire dans les cas que nous avons observés, à cause de la fracture des vertèbres. Il paraît, d'après la pièce anatomique du musée Dupuytren, que, dans ce cas, la réduction n'avait pu être opérée; cependant Aurran dit avoir réussi en mettant un tra-

versin un peu élevé sous le dos de son malade, et en excitant la contraction des muscles droits du bas-ventre et des muscles sternomastoidiens après avoir maintenu immobiles avec ses mains le pubis et le menton; et, pour conserver l'effet obtenu pendant que la nature opérait la réunion, il lui suffit de mettre un bandage compressif sur la seconde pièce, qui tendait toujours à s'éloigner de l'autre, et à coucher le malade les genoux et la tête élevés pour prévenir la contraction ultérieure des muscles susdits, ce qui aurait détruit l'affrontement. Il obtint ainsi dans l'espace de vingt jours une guérison complète.

Peut-être pourrait-on agir ainsi avec succès dans un cas de luxation simple du sternum; mais dans les cas compliqués de fractures des vertèbres, il n'est pas possible d'employer un pareil moyen. Je pense donc qu'on peut l'essayer dans les cas simples, mais sans persistance, puisque nous avons un cas certain de guérison sans que la réduction ait été opérée. Nous voyons au surplus que la guérison est prompte, soit que la réduction ait été faite, puisque le malade d'Auran était guéri au bout de vingt jours, soit qu'elle n'ait pas été faite, puisque mon malade fut guéri en six semaines, et que chez celui de M. Maisonneuve, qui succomba au bout de six semaines, un tissu fibreux très-dense maintenait les deux pièces du sternum unies dans leur position vicieuse, et ne permettait entre elles qu'une mobilité très-obscur.

ARTICLE VII.

De l'écartement des os du bassin.

C'était moins par l'observation que par la considération des efforts puissants et durables qui déterminent l'accouchement, et des difficultés apparentes qui l'accompagnent, même dans les cas les plus naturels, que les anciens avaient été conduits à penser que les os du bassin s'écartaient entre eux chez la femme pendant l'exercice de cette fonction importante. Peut-être aussi qu'en voyant certains animaux domestiques dont la conformation se prête à cet écartement, a-t-on été disposé à croire à une pareille diduction chez la femme. Que ce phénomène ait donné ou non du crédit à cette opinion, elle a été celle de toute l'antiquité, jusqu'aux écrivains du moyen âge. A la renaissance des lettres, parmi le petit nombre de ceux qui firent re-

vivre le goût de l'observation dans les sciences, quelques-uns nièrent l'écartement des os du bassin; et, ne se laissant convaincre que par les faits, ne convinrent de celui-ci qu'après une observation attentive de la nature. La conduite d'Ambroise Paré, à cette occasion, est très-remarquable, et digne des plus grands éloges: il avait soutenu, comme il le dit, par paroles et par écrit, l'opinion contraire à l'écartement des os du bassin dans l'accouchement; mais il s'empressa d'avouer publiquement son erreur, aussitôt que l'examen anatomique la lui eut montrée. C'était celui du corps d'une femme d'environ vingt-quatre ans, pendue dix jours après son accouchement, pour avoir fait périr son enfant, et dont la dissection fut faite dans les Écoles de chirurgie au mois de février 1579, en présence d'un grand nombre de personnes très-instruites. Avant de procéder à la dissection, on souleva la cuisse droite du cadavre, et l'on aperçut très-distinctement que de ce côté-là l'os pubis surpassait le niveau de l'autre, au moins d'un demi-pouce: il y avait un travers de doigt d'intervalle d'un pubis à l'autre; les divers mouvements qu'on fit faire à ces parties prouvèrent, au doigt et à l'œil de tous les spectateurs, que les symphyses sacro-iliaques étaient beaucoup plus lâches que dans l'état naturel. Tous sortirent pénétrés d'admiration, et convaincus du fait.

Cette opinion, rejetée et adoptée tour à tour à diverses époques, se trouve maintenant réduite, par l'observation, à ce qui suit. Dans l'état naturel, l'articulation des os pubis entre eux, et celles du sacrum avec les os innominés, ne permettent aucun mouvement, malgré quelques apparences contraires, et notamment la contiguïté d'une partie des surfaces qui forment l'articulation pubienne. Chez presque toutes les femmes, dans le cours de la grossesse, et surtout vers la fin, les ligaments qui unissent les os du bassin entre eux éprouvent un léger relâchement, comme le prouve l'inspection anatomique; mais ce relâchement, qui ne se manifeste pas toujours par une légère mobilité des os du bassin, et qui donne un peu d'accroissement à la circonférence de ce dernier, ne peut tourner au profit de l'accouchement, attendu que le détroit supérieur du bassin ne forme point un cercle régulier, et que la légère ampliation dont il s'agit n'a presque pas lieu dans le sens du diamètre antéro-postérieur de ce détroit. Dans quelques cas rares, le relâchement des ligaments est porté bien plus loin, et jusqu'au point de permettre des mouvements très-manifestes et fort étendus entre les trois grands os du bassin: on a vu ces trois pièces