

elle est suivie constamment d'une inflammation dont les suites peuvent devenir fort graves, tant à cause de l'étendue des surfaces articulaires affectées que parce que l'inflammation peut s'étendre au péritoine et aux viscères du bassin et du bas-ventre. Le concours d'accidents aussi graves n'est pas absolument nécessaire pour que le cas devienne funeste; il suffit pour cela que la suppuration s'établisse entre les surfaces articulaires, ou dans le tissu cellulaire du bassin.

Le cas le plus intéressant que l'on connaisse de luxation de l'os des hanches, exempte de ces suites formidables, a été observé par Énaux, Hoin et notre collègue M. le professeur Chaussier, et inséré dans le Recueil des mémoires de l'Académie des sciences de Dijon. L'os innominé gauche avait été déplacé et porté vers la partie supérieure. L'état inflammatoire ne permit point de faire la réduction. Après quelques jours, employés à des applications relâchantes et à un régime antiphlogistique, on tenta le remplacement de l'os, qui fut contrarié par le retour des douleurs et qui renouvela les symptômes inflammatoires. On fit une nouvelle tentative quelques jours plus tard, qui eut le même résultat, et l'on y renonça entièrement. Enfin, après un repos prolongé, mais moins qu'on ne l'aurait désiré, le malade quitta son lit; et ayant commencé à marcher avec le secours de béquilles, le poids du membre opéra une partie de la réduction qu'on avait tentée inutilement auparavant. La guérison se confirma, et le malade put reprendre l'exercice de sa profession de couvreur. Ce fait prouve jusqu'à l'évidence que, dans les cas de cette nature, le plus important ne serait pas de chercher à opérer la réduction, mais bien de combattre par tous les moyens possibles l'inflammation et ses suites. Trop heureux d'obtenir la guérison au prix de quelque difformité que ce puisse être!

Nous ne pouvons terminer cet article sans dire deux mots du coccyx et des déplacements auxquels on l'a cru sujet.

La base de cet os est unie au sommet du sacrum par une substance fibro-cartilagineuse, qui ne diffère de celle qui unit les corps des vertèbres entre eux que parce qu'elle est plus mince et que sa partie moyenne est un peu plus dense. Cette union est fortifiée en devant par le périoste, qui passe de l'un à l'autre de ces os, et en arrière par un ligament fibreux très-fort appelé sacro-coccygien. Les différentes pièces dont le coccyx est composé sont unies entre elles par des couches fibro-cartilagineuses semblables, et leur union est

fortifiée aussi en devant par le périoste et en arrière par l'expansion du ligament sacro-coccygien. L'élasticité de ces divers moyens d'union permet au coccyx de se mouvoir sur le sacrum en avant et en arrière, et aux pièces qui le composent de se mouvoir les unes sur les autres de la même manière; mais il est à observer que ces mouvements, qui sont très-bornés, surtout chez les adultes, ne dépendent presque point de l'action musculaire et qu'ils ne peuvent guère être déterminés que par des impulsions extérieures. Le coccyx peut donc, en obéissant à ces impulsions, éprouver un déplacement momentané; mais on sent, sans qu'il soit besoin que nous le disions, que ce déplacement n'est point, à proprement parler, une luxation, puisque cet os se rétablit dans sa situation naturelle aussitôt que la cause qui l'en a fait sortir cesse d'agir; et si ces mouvements pouvaient être portés assez loin pour que les ligaments fussent rompus et pour qu'il survint un changement de rapport dans les surfaces articulaires, les noms de renversement et d'enfoncement conviendraient mieux à ces dérangements du coccyx que ceux de luxations en dehors ou en dedans qu'on leur a donnés.

Mais quelles sont les causes capables de produire ces déplacements? L'énorme dilatation que le passage de la tête de l'enfant exige de la part de la vulve et du périnée, dans l'accouchement, a longtemps fait croire aux accoucheurs que le coccyx devait y contribuer en se laissant déjeter en arrière par un mouvement forcé qui équivaldrait à une entorse, et qui pourrait aller jusqu'à entraîner le déplacement si le bassin était rétréci: on regardait même comme dépendantes de la soudure prématurée de cet os avec le sommet du sacrum la lenteur et la difficulté de certains accouchements, pour la terminaison desquels on donnait le précepte d'opérer à dessein la luxation du coccyx en le portant fortement en arrière au moyen d'un doigt introduit dans l'intestin rectum. Mais depuis qu'on a appliqué l'observation exacte et rigoureuse à l'étude des accouchements, on a constaté qu'à moins de difformité, le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur du bassin est assez grand pour admettre la tête d'un enfant à terme et naturellement conformé; que la rétrocession du coccyx est toujours très-bornée, et n'est jamais rigoureusement nécessaire, dans l'état naturel, pour que l'accouchement s'accomplisse; que l'ankylose de cet os et des pièces qui le composent ne peut jamais, dans ce cas, retarder notablement l'accouchement, comme le prouvent deux observations

recueillies par Smellie, d'une femme âgée de plus de quarante ans, et d'une autre de trente-trois, lesquelles accouchèrent avec facilité quoique les pièces du coccyx fussent entièrement soudées entre elles et avec le sacrum; enfin, que, dans aucun cas, il ne peut être utile et nécessaire d'opérer à dessein un déplacement du coccyx pour favoriser l'accouchement.

Néanmoins, on ne peut pas nier que dans les cas rares où, par l'effet de quelques difformités, comme un prolongement vicieux de la symphyse des os pubis aux dépens de la hauteur de l'arcade de ces os, une courbure contre nature et extraordinaire du sacrum, qui rétrécit considérablement le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, le passage de la tête de l'enfant, surtout si elle est fort volumineuse, ne puisse donner lieu à un mouvement fort étendu du coccyx en arrière, qui peut entraîner des tiraillements et quelque altération des ligaments de son articulation et des parties molles environnantes; mais il n'en peut jamais résulter un déplacement permanent et un véritable changement de rapports entre les surfaces articulaires. Dans les cas dont il s'agit, les femmes éprouvent, après l'accouchement, des douleurs au bas de la région sacrée, qui augmentent par les mouvements, par la toux, l'éternement, qui empêchent les malades de se tenir assises et les forcent à rester couchées sur le dos, mais qui se dissipent promptement sans autre secours que le repos. Les topiques seraient inutiles et incommodes, et les manœuvres que les auteurs ont enseignées pour réduire cette prétendue luxation seraient plus propres à déterminer une inflammation qu'à faire cesser de si légers accidents.

Les coups, les chutes sur le coccyx, peuvent l'enfoncer, en distendant plus ou moins les ligaments qui l'attachent au sacrum; mais cet enfoncement n'est jamais porté au point de changer les rapports naturels de ces os, et aussitôt que la cause qui la produit cesse d'agir, l'élasticité des parties rétablit le coccyx dans sa situation naturelle. Mais il est un autre point de vue sous lequel cet accident doit intéresser le praticien, c'est la contusion des parties molles, l'inflammation qui peut en résulter, etc. Ces conséquences d'une chute sur le siège méritent d'autant plus d'attention, que le lieu de la contusion est garni d'une grande quantité de tissu cellulaire dans lequel la suppuration s'établit facilement. J.-L. Petit rapporte plusieurs exemples d'accidents graves survenus à la suite de semblables chutes, à des femmes

qu'une pudeur mal entendue avait privées des secours que leur état exigeait.

Dans les cas de cette nature, quoique la contusion n'ait pas laissé de traces apparentes et qu'il ne paraisse pas d'ecchymoses sous la peau, il survient vis-à-vis du sommet du sacrum une douleur plus ou moins vive, qui s'étend dans toute la région sacrée, quelquefois même vers les lombes et les cuisses, augmentant à l'occasion de tous les efforts, et surtout quand le malade va à la garde-robe, accompagnée de pesanteur vers le rectum, et quelquefois même de dysurie. Tantôt, la douleur diminue au bout de quelques jours et se dissipe ensuite graduellement; tantôt, au contraire, elle devient pulsative, et présage ainsi un foyer de suppuration plus ou moins vaste, à l'ouverture duquel on trouve quelquefois l'intestin rectum isolé, ou même dénudé, ou quelques pièces du coccyx nécrosées, etc.

On sent combien les manœuvres que la plupart des auteurs décrivent comme propres à réduire la prétendue luxation en devant du coccyx seraient nuisibles, non-seulement dans l'état inflammatoire que nous venons d'indiquer, mais encore durant les suites les plus simples de la contusion qui peut lui donner lieu. Toutes les indications se réduisent à combattre l'irritation et à prévenir l'inflammation. Le repos absolu est ici de la plus grande nécessité, et lors même que l'état inflammatoire a été combattu avec succès, ou lorsqu'il a été prévenu, mais qu'il reste encore des douleurs, si l'on permet aux malades de quitter le lit, on ne doit leur permettre d'être assis que sur un bourrelet circulaire ou sur un siège ouvert dans son fond, pour éviter toute compression douloureuse.

On doit user de topiques relâchants, émollients, anodins, sous toutes les formes: nous avons eu de nombreuses occasions de constater, en pareil cas, les heureux effets des liniments dans lesquels on fait entrer l'opium à forte dose, et des fomentations avec une forte décoction de têtes de pavot, de feuilles de morelle et de jusquiame, employées de bonne heure; ces moyens ont souvent calmé une violente irritation, et prévenu l'inflammation et la suppuration qui auraient pu en être la conséquence. Nous ne nous étendrons pas davantage maintenant sur ce sujet, qui sera traité plus amplement à l'occasion des abcès à la marge de l'anus.

Dans toutes les maladies où les malades restent longtemps couchés sur le dos, et surtout dans celles où les forces vitales sont considéra-

blement affaiblies, l'ulcération ou la mortification des parties molles qui couvrent le point correspondant à l'articulation sacro-coccygienne peut aller jusqu'à détruire les ligaments de cette articulation, et même jusqu'à produire la nécrose d'une ou de plusieurs pièces du coccyx. Nous avons vu, dans une circonstance semblable, la première pièce de cet os presque entièrement désarticulée d'avec le sacrum et considérablement enfoncée en devant; mais, dans la suite, cet os fut ramené à sa situation naturelle et assujéti de nouveau par les progrès de la cicatrisation. On sent que cette espèce d'altération dans les rapports naturels ne doit pas être comptée parmi les luxations, et que ce serait tout confondre que de lui donner ce nom.

ARTICLE VIII.

Des luxations de la clavicule.

La situation de cet os entre le sternum et l'omoplate, à laquelle il sert d'arc-boutant, l'expose à des efforts considérables et fréquents. Nous avons déjà eu occasion de faire remarquer que cette disposition, surtout le peu de grosseur de la clavicule, et les courbures très-prononcées qu'elle présente dans sa longueur, rendent très-fréquentes ses fractures à la suite des chutes sur le moignon de l'épaule; nous verrons bientôt que cette même situation de l'os dont il s'agit pourrait être la source d'un grand nombre de déplacements de ses extrémités, si le mode de leurs articulations avec les pièces osseuses voisines, et le peu d'étendue des mouvements que cet os peut exécuter, ne s'y opposaient: aussi, dans la comparaison des luxations et des fractures de la clavicule, a-t-on trouvé les dernières infiniment plus nombreuses que les premières. Nous traiterons séparément des luxations de l'extrémité sternale, et de celles de l'extrémité humérale de la clavicule.

§ 1. — Des luxations de l'extrémité sternale.

Dirigée obliquement de derrière en devant, de dehors en dedans, et un peu de haut en bas, entre l'omoplate et le sternum, la clavicule s'articulerait avec ce dernier os, sous un angle obtus dont le sinus se-

rait tourné en arrière, sans la courbure étendue que présente son extrémité interne, et par laquelle cette même extrémité est non-seulement ramenée vers la direction transversale, mais encore un peu tournée en arrière. Il suit de là que, dans le mouvement par lequel l'épaule est portée en arrière, mouvement le plus étendu et le plus fréquent de tous ceux dont cette partie est susceptible, quoique l'obliquité naturelle de la clavicule soit beaucoup augmentée, l'axe de l'extrémité interne de cet os ne cesse point d'être perpendiculaire à la surface articulaire du sternum, et qu'il forme rarement un angle aigu en devant avec cette surface, à moins que le mouvement ne soit porté beaucoup plus loin qu'il n'arrive d'ordinaire, et qu'il ne soit produit par une impulsion extérieure, soudaine, violente et inattendue.

Une autre circonstance dans le mode des rapports de la clavicule avec le sternum mérite la plus grande attention, et rend raison de la rareté de ses déplacements: le bord supérieur du sternum présente de chaque côté une échancrure ou cavité articulaire, inclinée en dehors et en arrière, concave de dedans en dehors, et convexe de derrière en devant: de son côté, l'extrémité interne de la clavicule, convexe de haut en bas, et embrassée, dans ce sens, par l'échancrure du sternum, présente une sinuosité profonde de derrière en devant, terminée par deux prolongements, à la faveur desquels elle embrasse à son tour la facette articulaire du sternum. Il résulte de cette disposition, que l'extrémité interne de la clavicule, dans les mouvements de l'épaule en devant et en arrière, roule autour du fond de l'échancrure articulaire du sternum, comme autour d'un pivot ou d'un gond, et que, si ces mouvements étaient assez étendus pour changer notablement la direction de l'axe de cette extrémité, et tendre par conséquent à la luxer, à la faveur de ses prolongements elle trouverait, sur la cavité articulaire du sternum, un point d'appui suffisant pour empêcher son déplacement, ou du moins pour le rendre très-difficile. Du reste, cet état n'est bien prononcé que dans les sujets adultes, et surtout dans les hommes; aussi a-t-on des exemples de luxation en devant de l'extrémité sternale de la clavicule, produite par des causes légères, sur des sujets jeunes et du sexe féminin.

D'un autre côté, le cartilage de la première côte, qui se trouve immédiatement au-dessous de l'échancrure articulaire du sternum, la situation de cette même côte au-dessus du niveau de l'articulation sterno-claviculaire, font également que, pour s'échapper par la partie