

extension brusque, et en même temps qu'on essaye à remettre les os en place; c'est ce qui se fait dans la luxation d'autant d'un mois ou deux; mais quand elles sont plus anciennes, il faut se servir des os adjacents à l'articulation comme de leviers puissants. Ces manœuvres exigent une grande circonspection à l'endroit des vaisseaux et des nerfs que l'on pourrait briser. On doit dans tous les cas ne négliger jamais d'employer le chloroforme pour neutraliser l'action musculaire.

La section sous-cutanée, si merveilleuse dans l'orthopédie, peut aussi être employée dans les luxations anciennes, dans les cas où la rupture des tissus fibreux aurait des dangers. Ces moyens toutefois ne me semblent que des mesures préparatoires. Quant aux moyens d'extension, ils constituent deux méthodes : extension brusque, extension graduée.

La méthode de l'extension soudaine, employée par presque tous les chirurgiens, ne me semble pas la plus efficace, en même temps qu'elle est de beaucoup la plus dangereuse. En effet, des tractions énormes faites sur des membres qui depuis longtemps ont affecté des rapports, des positions nouvelles, peuvent produire de grands désordres, aussi préférons-nous de beaucoup la méthode lente ou l'orthopédie.

De nos jours, l'orthopédie a fait de si grands progrès, qu'il y a vraiment bien peu de luxations irréductibles. Au moyen de machines habilement disposées, le malade peut supporter durant plusieurs mois des tractions lentes et énergiques. Les chirurgiens ont donc sur le membre luxé une action énorme. Aussi mériteraient-ils les reproches les plus sérieux s'ils négligeaient une ressource aussi précieuse, et s'ils déclaraient incurables un grand nombre de luxations qui, grâce aux ressources nouvelles de la chirurgie, sont devenues facilement réductibles.

RECHERCHES

SUR LES

LUXATIONS DU STERNUM¹

Il est des choses tellement saillantes, tellement faciles à constater, qu'on ne s'explique vraiment pas, une fois qu'elles sont découvertes, comment elles ont pu rester si longtemps inaperçues.

La luxation des pièces du sternum est de ce nombre. Elle appartient en effet à un groupe de maladies, les maladies des os, qui, depuis l'origine de l'art, ont constamment fixé l'attention des observateurs, que nos plus grandes illustrations chirurgicales ont pris avec complaisance pour sujet de leurs méditations, dont les signes offrent généralement peu d'obscurité, dont les traces persistent indéfiniment après la mort, dont enfin les pièces pathologiques forment la base de tous les musées, de toutes les collections.

La lésion qui nous occupe, affecte un os superficiel, accessible à tous nos moyens d'exploration, elle se traduit par des phénomènes de la dernière évidence; enfin, elle s'accompagne souvent d'autres lésions graves qui produisent plus ou moins promptement la mort, et permettent ainsi d'obtenir par l'autopsie, la preuve catégorique de son existence.

Il n'en est cependant fait mention dans aucun auteur clas-

¹ Mémoire lu à l'Académie de médecine le 29 mars 1842.

sique, elle n'a trouvé place dans aucun mémoire *ex professo*; et si ce n'était une observation de quelques lignes consignée dans le *Journal de Médecine* par un chirurgien gagnant maîtrise à l'Hôtel-Dieu de Rouen, en 1775, le nom de luxation du sternum n'existerait même pas.

Bien plus, l'articulation qui est le siège de cette lésion, implicitement indiquée par les anatomistes anciens, n'a pas même trouvé place dans nos ouvrages d'anatomie les plus justement estimés.

Je ne chercherai point à me rendre compte de cet oubli; je me contenterai de le réparer autant qu'il me sera possible en consignand dans ce mémoire les faits peu nombreux encore que le hasard a offerts à mon observation, et en les faisant suivre des réflexions qu'ils m'ont suggérées.

Mais avant d'aborder la question pathologique j'essayerai de rétablir en quelques mots la description anatomique du sternum et surtout de ses articulations, sur lesquelles mes recherches m'ont révélé quelques particularités intéressantes.

DU STERNUM ET DE SES ARTICULATIONS

Le sternum, que M. de Blainville et Meckel considèrent comme une sorte de colonne vertébrale antérieure, n'est point un os simple, comme semblent l'établir la plupart des anatomistes modernes, mais bien une tige osseuse formée de trois pièces principales. Ces trois pièces sont, en suivant l'ordre de leur superposition, la poignée, le corps et la pointe. Elles restent isolées : la pointe ou appendice jusqu'à cinquante ans environ, le corps jusqu'à l'âge le plus avancé, au point que sa soudure avec la poignée peut être considérée comme une anomalie. Depuis que je fais des recherches à ce sujet, je n'ai rencontré que fort peu d'exemples de soudure complète des trois pièces, au-dessous de soixante-dix ans. En cela mes résultats sont à peu près d'accord avec ceux de Béclard qui dans son mémoire sur l'ostéose s'exprime ainsi : « La réunion du premier os sternal

avec le second n'a lieu que vers soixante ans, quelquefois beaucoup plus tard, ou même jamais¹. »

1° *Os sternal supérieur ou poignée.* — C'est la portion la plus épaisse et la plus large des trois; elle constitue la partie supérieure de la tige commune. Sa longueur est d'environ cinq à six centimètres chez l'adulte. Sa forme est celle d'un triangle à pointe inférieure tronquée. Sa face antérieure est convexe en tous les sens et légèrement rugueuse, la postérieure est concave et plus lisse. Son bord supérieur, qui est le plus épais, présente dans son milieu l'échancrure qu'on nomme fourchette, et à chacune de ses extrémités l'excavation articulaire destinée à la clavicule. Ses bords latéraux sont obliques en dedans et en bas, on y remarque en haut une petite facette peu profonde destinée au cartilage de la première côte. Dans le reste de leur étendue, ils sont mousses et arrondis. Enfin le bord inférieur ou sommet tronqué est formé par la réunion de trois facettes : l'une moyenne, beaucoup plus étendue que les deux autres, est de forme elliptique, se dirige horizontalement et s'articule avec une facette correspondante qui appartient à la seconde pièce. Les deux autres, latérales, sont petites et arrondies, se dirigent obliquement en dehors et en haut, et s'unissent au cartilage des deuxièmes côtes. Toutes les trois sont encroûtées d'un cartilage, ainsi que nous le dirons plus bas en parlant des articulations. Cet os a la structure des os courts et l'aspect général des os plats; il est presque entièrement formé de tissu spongieux, recouvert d'une lame très-mince de substance compacte. Il se développe par plusieurs points d'ossification. Le nombre de ces points varie de un à quatre, leur apparition a lieu vers le sixième mois de la vie intra-utérine. Ils se soudent promptement et croissent de concert.

2° *Os sternal moyen, ou corps.* — C'est le plus long des trois, il est plus large en bas qu'en haut, régulièrement plan sur ses deux faces, l'antérieure seulement présente des lignes transversales peu saillantes, indice des quatre pièces dont il est

¹ Béclard, *Journal de médecine*, 1820, t. I, p. 77.

formé dans le jeune âge. Souvent cet os est perforé d'un trou dans son tiers inférieur. Les bords latéraux présentent quatre facettes articulaires destinées aux cartilages des troisièmes, quatrièmes, cinquièmes et sixièmes côtes, et qui sont d'autant plus profondes et plus écartées qu'elles se rapprochent davantage de l'extrémité supérieure. Celle-ci présente elle-même trois facettes absolument semblables à celles que nous avons décrites au bord inférieur du premier os sternal. De même, elles sont destinées : la moyenne à l'articulation des deux premières pièces entre elles, les deux latérales à l'articulation chondrale des deuxièmes côtes. L'extrémité inférieure plus large, moins épaisse et moins régulière que la précédente, n'est autre chose qu'un bord mince qui s'unit avec l'extrémité supérieure ou base de l'appendice xiphoïde. Sur les côtés se voient aussi les deux demi-facettes pour l'articulation chondrale de la septième côte.

Le deuxième os sternal est, ainsi que le premier, un os plat quant à sa forme, court quant à sa structure. Il se développe par un grand nombre de points d'ossification qui, dans la jeunesse, se réunissent pour former d'abord quatre pièces, c'est-à-dire autant d'os distincts qu'il y a d'espaces intercostaux correspondants. Béclard les nomme *os duosternal*, *tristernal*, *quatriscostal* et *quintiscostal*. Les deux derniers se soudent de quinze à vingt ans, les autres de vingt à vingt-cinq, de sorte qu'à cette époque le corps du sternum ne forme réellement qu'un seul os.

5° *Os sternal inférieur ou appendice xiphoïde*. — Cette pièce, véritablement accessoire, est de beaucoup la plus petite, elle est, de plus, fort irrégulière dans sa forme et son développement. Ses deux faces sont planes, ses bords latéraux unis aux cartilages des septièmes côtes, par du tissu fibreux. Son extrémité supérieure s'articule avec le corps au moyen d'une facette allongée transversalement, et par deux demi-facettes, avec le cartilage des septièmes côtes. Son extrémité inférieure ou pointe, tantôt simple, tantôt bifide, fait saillie entre les cartilages des fausses côtes. Cet os se développe par un seul point

d'ossification, lequel n'envahit que fort lentement, et de haut en bas, le cartilage primitif.

ARTICULATIONS DU STERNUM. — Meckel est, parmi les auteurs modernes, le seul qui en fasse mention. Il les compare aux articulations intervertébrales, avec lesquelles, en effet, elles offrent une grande analogie; mais la description qu'il en donne laisse beaucoup à désirer : nous allons y suppléer en peu de mots.

Articulation sternale supérieure. — Elle résulte de l'union de la poignée avec le corps de l'os. Chacune de ces deux pièces présente, à son extrémité correspondante, une facette transversale qui se continue latéralement avec deux autres plus petites destinées au cartilage de la deuxième côte. Entre ces surfaces articulaires appartenant à la première et deuxième pièce sternale, existe un tissu qui, dans l'opinion de Bichat, ne serait qu'une partie du cartilage primitif d'ossification; qui, selon Meckel, est un véritable fibro-cartilage, et qui, d'après nos recherches, se présente sous deux états bien distincts : 1° Dans un certain nombre de cas, deux sur cinq environ, ce tissu, continu d'une surface à l'autre, est vraiment un fibro-cartilage, plus dense et plus tenace à la périphérie où la portion fibreuse prédomine, plus rare et plus friable à son centre, où il est réduit à l'état cartilagineux pur.

L'articulation est alors une véritable amphiarthrose, qui n'a de mouvement que par l'élasticité de cette lame intermédiaire. Mais dans des cas plus nombreux, au lieu d'une couche unique de substance adhérente aux deux surfaces, chacune de ces dernières est revêtue d'une lame distincte, adhérente d'un seul côté, libre de l'autre, ayant enfin l'aspect des cartilages diarthrodiaux. Quand cette disposition existe, la couche appartenant à la seconde pièce sternale, se continue sans interruption sur les petites facettes destinées au cartilage de la dernière côte, tandis que la couche appartenant à la première pièce adhère, en dehors, à l'éperon de ce cartilage costal; il en résulte que l'articulation chondro-sternale de la pièce supérieure, est isolée de l'articulation sternale proprement dite; il en résulte encore

que le cartilage de la deuxième côte est bien plus fortement attaché à la première pièce qu'à la seconde. Cela nous explique pourquoi, dans la luxation des deux premières pièces du sternum, le corps abandonne toujours le cartilage de la deuxième côte, tandis que celui-ci reste constamment uni à la poignée.

Quant à la forme diarthrodiale, que nous venons de signaler dans cette articulation, on la rencontre à tout âge, et, chose singulière, nous l'avons remarquée plus fréquemment chez l'adulte et le vieillard que chez les jeunes sujets. Nous l'avons aussi constatée plus souvent chez la femme que chez l'homme.

L'union des surfaces articulaires est maintenue par deux lames fibreuses qui revêtent la face antérieure et postérieure des os, auxquels elles servent de périoste, en même temps qu'elles leur constituent un véritable surtout ligamenteux.

Meckel les a comparées, non sans quelque raison, aux appareils ligamenteux antérieurs et postérieurs des corps vertébraux. 1° *Surtout ligamenteux antérieur*. Il est formé de fibres albuginées, qui s'entrecroisent dans tous les sens. Les unes longitudinales semblent provenir du tendon interne des muscles sterno-mastoïdiens, ce sont les plus rares; les autres, transversales, sont marquées surtout au niveau des cartilages costaux sur lesquels elles se prolongent et s'insèrent; d'autres, et ce sont les plus nombreuses, s'étendent obliquement de l'articulation chondro-sternale d'un côté à l'articulation semblable, mais inférieure du côté opposé; enfin, les expansions aponévrotiques des muscles grands pectoraux viennent encore s'y ajouter. Il résulte de ces divers plans fibreux, une sorte de feutre d'une résistance énorme, dans le sens transversal, moindre dans le sens longitudinal. Il adhère avec force à la face antérieure des os, et se brise plutôt que de s'en laisser détacher par la violence.

Le surtout ligamenteux postérieur est moins épais que le précédent, ses fibres sont plus distinctes et moins feutrées, elles affectent pour la plupart une direction longitudinale, n'adhèrent que médiocrement à la face postérieure des os, et n'ont que peu de rapport avec les articulations chondro-sternales.

Ainsi constituée, l'articulation supérieure du sternum est vraiment sur la limite des amphiarthroses et des diarthroses; elle ne permet que des mouvements fort obscurs, mais cependant très-réels. Elle est susceptible d'une luxation véritable, avec ou sans rupture de la substance intermédiaire aux deux surfaces.

Obs. I. — *Luxation de l'articulation sternale supérieure*. — Le 28 août 1841, Carrière, vitrier, âgé de vingt-sept ans, tombe d'une hauteur de treize mètres environ, sur le pavé d'une église dans laquelle il était occupé de son état. On le transporte immédiatement à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, numéro 17, où je faisais le service en remplacement du professeur Roux. Là, je constatai les lésions suivantes : 1° au crâne, plaie contuse au niveau de la bosse pariétale gauche avec dénudation de l'os, dans l'étendue d'un centimètre environ; 2° à l'épaule gauche, fracture de la clavicule, caractérisée par une douleur vive à la pression, sur le trajet de cet os, par un raccourcissement notable du moignon de l'épaule, une crépitation évidente, la mobilité et le chevauchement des fragments dont l'interne fait une saillie considérable, tandis que l'externe est déprimé; 3° à la colonne vertébrale au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, saillie anguleuse analogue à celle que l'on observe dans le mal de Pott; 4° enfin, à la partie antérieure de la poitrine, déformation notable du sternum, consistant surtout en une saillie évidente à l'œil, bien plus évidente encore au toucher. Cette saillie existe à trois centimètres au-dessous de la fourchette et paraît formée par l'extrémité supérieure du corps même du sternum, qu'il est facile d'explorer dans tout le reste de sa longueur. Au-dessus de cette saillie existe un enfoncement, au fond duquel on a peine à sentir la partie supérieure de l'os. Les premières et secondes côtes échappent à l'examen, les suivantes, au contraire, sont plus saillantes que de coutume et paraissent entières, à l'exception toutefois de la troisième du côté gauche, dont le cartilage paraît rompu près de son articulation sternale. La projection en avant des côtes inférieures fait qu'il est facile de les compter et permet de voir que la lésion du sternum a lieu à trois centimètres au-dessus des troisièmes cartilages costaux, c'est-à-dire au niveau de l'articulation des deux pièces principales de l'os.

Au moment de sa chute, le malade avait perdu complètement connaissance, il ne l'a recouvrée que lors de son entrée à l'hôpital. L'intelligence était alors intacte ainsi que les mouvements et la sensibilité des membres supérieurs et de la partie supérieure du tronc. Mais les membres inférieurs étaient complètement paralysés du sentiment et du mouvement.

En présence de pareils désordres, il ne nous parut pas prudent de tenter la

réduction des diverses fractures, nous nous contentâmes de prescrire au malade une immobilité absolue dans la position horizontale. Cependant aucun accident nouveau ne se manifesta pendant un mois environ, et nous eûmes un instant l'espoir d'arriver à la guérison complète; mais vers la cinquième semaine, par le fait du décubitus forcé sur le dos, de la paralysie, et surtout de la stagnation des matières stercorales qui, s'écoulant involontairement et d'une manière presque continue, baignaient incessamment le siège, une escharre se manifesta au sacrum; cette escharre fit des progrès rapides, et entraîna une suppuration abondante à laquelle le malade finit par succomber le 12 octobre, six semaines après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — 1° La plaie du crâne est parfaitement guérie; 2° la fracture de la clavicule gauche est complètement consolidée, mais avec chevauchement et raccourcissement d'un centimètre; 3° l'escharre du siège a mis à nu le sacrum et un tiers environ des muscles fessiers de l'un et l'autre côté; 4° les apophyses épineuses de la septième vertèbre cervicale, de la troisième et quatrième dorsale, sont fracturées à leur base et en partie consolidées par un cal fibreux. Le corps de la cinquième vertèbre dorsale est fracturé horizontalement dans toute son épaisseur, et forme deux disques entiers, l'un supérieur, l'autre inférieur. La fracture n'est pas simple, mais accompagnée d'écrasement, de telle sorte que le corps de la vertèbre fracturée a beaucoup moins d'épaisseur en avant qu'en arrière. Il en résulte qu'à ce niveau la colonne vertébrale forme un angle obtus à sinus antérieur, à peu près comme dans le mal de Pott. Dans le canal rachidien, le surtout ligamenteux postérieur ne paraît pas déchiré, les enveloppes de la moelle sont intactes, mais la moelle elle-même présente dans une étendue de trois centimètres environ, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, une atrophie légère, accompagnée d'un peu de ramollissement. Au-dessus et au-dessous de ce point elle est parfaitement saine. Quant au *sternum*, au lieu d'une tige régulière qu'il forme dans l'état normal, il représente une tige brisée vers son tiers supérieur et dont les deux portions chevauchent l'une sur l'autre, l'inférieure en avant, la supérieure en arrière. Cette déformation n'est pas le résultat d'une fracture, mais bien d'une luxation dans l'articulation de la poignée avec le corps. La première de ces parties est entière, elle a conservé ses rapports avec les cartilages des premières et secondes côtes, seulement elle est placée derrière le corps de l'os qui recouvre sa face antérieure dans une étendue de deux centimètres environ. Celui-ci ne présente non plus aucune solution de continuité, rien n'est dérangé dans ses rapports avec l'appendice xiphoïde, avec les cartilages des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes droites et ceux des côtes gauches correspondantes, à l'exception de la troisième, dont le cartilage est brisé près de son articulation sternale et repoussé en bas. Le surtout ligamenteux antérieur est rompu au niveau de la séparation des deux pièces et laisse apercevoir sans aucune

espèce de préparation, l'extrémité supérieure du corps de l'os, dont les trois facettes articulaires, parfaitement distinctes, sont encore encroûtées de leur cartilage diarthrodial. De cette extrémité supérieure aux articulations chondro-sternales des troisièmes côtes, la distance est de trois centimètres.

Sur la face médiastine de l'os le surtout ligamenteux postérieur est intact; il est soulevé seulement par l'extrémité articulaire inférieure de la poignée, dont il masque la facette moyenne, les deux latérales étant restées unies aux cartilages des secondes côtes. Un tissu fibreux très-dense maintient unies les deux pièces du sternum dans leur position vicieuse, et ne permet entre elles qu'une mobilité fort obscure.

Nous n'avons trouvé aucune trace de lésion dans les autres organes.

Cette observation ne permet plus le moindre doute sur la possibilité d'une luxation de l'articulation sternale supérieure, nous avons vu les facettes articulaires supérieures du corps de l'os à nu au-devant de la première pièce, tandis que les cartilages des troisièmes côtes étaient encore unis à la poignée. Cependant la luxation datait de six semaines; un travail de consolidation avait un peu masqué les parties, et peut-être quelques esprits incrédules pourraient-ils garder encore quelque arrière-pensée sur la réalité de la lésion. Mais le jour même où se faisait l'autopsie de ce premier malade, une seconde occasion se présenta à moi d'observer encore cette lésion curieuse et rare, et cela dans son état de simplicité absolue. Voici le fait :

Obs. II. — *Luxation en avant de l'articulation sternale supérieure.* — Jean Maupas, couvreur, âgé de quarante-deux ans, tombe, le 13 octobre 1841, d'une hauteur de quatorze mètres environ, sur le pavé de la rue. On l'apporte mourant dans mon service à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, numéro 54. Il y expire au bout de quelques instants, avant même qu'on ait pu constater toutes ses blessures, et rien faire pour le secourir.

A l'autopsie nous remarquons : 1° une fracture transversale du sacrum au niveau de sa troisième fausse vertèbre. Le fragment inférieur faisait avec le supérieur un angle droit dont le sinus regarde en avant; 2° une disjonction complète des symphyses sacro-iliaques droite et gauche, ainsi que de la symphyse pubienne, avec épanchement de sang peu considérable à l'entour; 3° une fracture avec écrasement du corps de la douzième vertèbre dorsale, accompagnée de lacération de la moelle épinière, et d'épanchement sanguin abondant dans le canal rachidien et le crâne; 4° une luxation en arrière de l'articulation médio-carpienne du côté gauche, avec fracture du scaphoïde

et du pyramidal; 5° enfin *une luxation de l'articulation sternale supérieure*. Cette dernière avait été reconnue avant l'autopsie aux symptômes suivants :

1° Au lieu d'un plan uni, qu'elle offre dans l'état normal, la face antérieure du sternum présentait au niveau de son tiers supérieur une saillie d'un centimètre environ appréciable au premier coup d'œil; 2° le doigt, promené de haut en bas sur elle, rencontrait d'abord la fourchette et la face antérieure de la poignée dans une étendue de trois centimètres, puis il était arrêté par la saillie précédente, abrupte et transversale, qui se continuait sans interruption avec le reste de l'os, jusqu'à l'appendice xiphoïde; 3° les cartilages des deuxième côtes, restées adhérentes à la pièce supérieure, étaient, ainsi que cette dernière, situés sur un plan profond, tandis que ceux des troisième côtes et suivantes avaient conservé leurs rapports avec la pièce inférieure, et, comme elle, étaient projetés en avant; 4° enfin, et ce signe a une grande valeur dans le diagnostic différentiel de la fracture et de la luxation, le fragment inférieur présentait au-dessus de l'insertion des troisième cartilages costaux, une longueur de trois centimètres.

Ayant mis le sternum à découvert, nous pûmes voir : 1° que la poignée et le corps de l'os, désunis au niveau de leur articulation, chevauchaient l'un sur l'autre dans une étendue de deux centimètres environ; 2° que la pièce inférieure placée au-devant de la supérieure avait conservé des rapports avec tous les cartilages costaux qui s'y insèrent, à l'exception des deuxième qui ont suivi la pièce supérieure; 3° que cette pièce supérieure, située en arrière de la précédente, était restée unie aux cartilages des première et deuxième côtes; 4° que l'appareil ligamenteux antérieur était rompu au niveau de la luxation; 5° que les trois facettes supérieures du corps de l'os étaient à découvert sous la peau, et étaient encore enroulées de leur cartilage diarthrodial; 6° qu'entre cette extrémité supérieure du corps de l'os et les troisième articulations chondro-sternales, la distance était de deux centimètres et demi; 7° que le surtout ligamenteux postérieur intact était seulement soulevé par l'extrémité inférieure de la poignée, dont les facettes articulaires se trouvaient ainsi masquées; mais en écartant les deux fragments, ou plutôt les deux os luxés, il nous fut facile de reconnaître : 8° que la facette articulaire inférieure de la poignée était parfaitement intacte et enroulée encore de son cartilage; 9° que les cartilages des deuxième côtes, articulées par leur facette supérieure avec la poignée, offraient libre leur facette articulaire inférieure destinée au corps de l'os. Nous trouvâmes aussi à gauche une rupture des cartilages des septième et huitième côtes près de leur extrémité sternale.

Les viscères nous offrirent quelques lésions graves, parmi lesquelles je signalerai surtout plusieurs déchirures à la face concave du foie, et une rupture complète de la face antérieure de la vessie.

Si la première observation avait pu laisser encore quelques doutes sur l'existence d'une luxation simple, celle-ci les ferait complètement disparaître. La lésion était récente, le malade n'avait vécu que quelques heures, nous avons tenu dans nos mains les pièces anatomiques, nous avons vu et fait voir les surfaces articulaires du corps et la poignée revêtues d'un véritable cartilage diarthrodial, dont les surfaces lisses ne pouvaient être confondues avec celle d'un cartilage continu dont la rupture aurait eu lieu.

A ces deux observations, que j'ai recueillies moi-même, je puis en joindre une troisième publiée par MM. Mannoury et Thore, internes des hôpitaux, depuis la lecture de ce mémoire à l'Académie de médecine. Cette observation se rapporte tout à fait à la première, et confirme de point en point tout ce que j'avais avancé.

Obs. III. — *Luxation en avant de l'articulation sternale supérieure*. — Bressaut, journalier, quarante-huit ans, a été apporté à l'Hôtel-Dieu le 25 juillet 1844, immédiatement après une chute sur le dos, de quatre mètres de hauteur. Commotion subite, mais il reprit bientôt connaissance.

A son entrée, décubitus dorsal, paraplégie du sentiment et du mouvement, peau insensible jusqu'à la base du thorax, en suivant une ligne correspondante à la voûte du diaphragme. Muscles de l'avant-bras paralysés, parois thoraciques immobiles, la respiration est diaphragmatique; les muscles de l'abdomen sont repoussés à chaque inspiration; murmure respiratoire normal, pouls tranquille, paralysie de la vessie; érections permanentes; le malade n'en a pas la conscience. Contusion à la partie postérieure du cou; on ne constate pas de tumeur. (Saignée de quatre palettes.)

27. Même état, impossibilité d'uriner, pas de selles, douleurs à la région cervicale, pouls lent. (Douze ventouses scarifiées à la région cervicale.)

29. Douleurs très-pénibles dans les deux mains; la respiration devient accélérée (trente-sept par minute), les bronches s'engouent; râle muqueux; pouls à soixante-dix.

30. État plus grave, affaissement; la paralysie progresse du côté des membres supérieurs; ils deviennent immobiles. Selles liquides involontaires; les érections, qui avaient continué jusqu'à ce jour, sont moins prononcées et plus rares; respiration toujours diaphragmatique; abdomen soulevé par des secousses comme convulsives. L'agonie commence brusquement, elle est pénible, mort à midi.

Autopsie. — On trouve une infiltration gélatinoforme sous l'arachnoïde.