premier appartient à Gallin. Ce chirurgien fit tirer sur la tête par un aide et acheva la réduction en repoussant avec les mains les vertèbres luxées. Le second est dû à Walther, qui opéra et réussit de la même manière.

LUXATIONS DES VERTÈBRES DORSO-LOMBAIRES.

La rareté des luxations des vertèbres dorso-lombaires est en rapport avec le peu de mobilité de ces vertèbres. Celle-ci est presque nulle à la région dorsale, et le point où elle prend le plus d'étendue relative se trouve entre la dixième dorsale et la deuxième lombaire. C'est là aussi que la lésion qui va nous occuper a porté le plus ordinairement : ainsi, sur 13 cas vérifiés à l'autopsie, 5 appartiennent à la douzième dorsale, et 5 autres se partagent entre la dixième dorsale et la première lombaire.

D'après les renseignements fournis par l'anatomie pathologique, ces luxations présenteraient trois variétés : les luxations en avant, les luxations en arrière et les luxations latérales; mais comme pour la région cervicale, ce sont les luxations en avant qui sont les plus communes.

Le plus souvent les autopsies montrent des déplacements plus ou moins étendus des diverses apophyses et des corps vertébraux, des dilacérations des ligaments et des fibro-cartilages. La moelle est infléchie, comprimée ou coupée. Enfin, le plus ordinairement, des fractures des apophyses, des corps des vertèbres et même des côtes viennent compliquer la lésion.

Les causes habituelles de ces luxations sont une chute sur le dos, la région portant sur quelque corps dur et proéminent, une chute sur les fesses, un choc frappant sur le dos courbé. Mais on conçoit que ces causes vulnérantes, directes ou indirectes, doivent être très-puissantes. Les blessés étaient des couvreurs, des maçons tombés d'un lieu élevé ou des carriers victimes d'un éboulement.

Les signes physiques de ces luxations sont l'inclinaison anormale du haut du rachis dans le sens du déplacement, et la déformation locale, consistant en dépressions ou en saillies insolites sur le trajet des apophyses épineuses. Les symptômes fonctionnels se traduisent par la paralysie des nerfs qui naissent au-dessous du point de la moelle qui est atteint.

Le diagnostic est presque impossible à faire lorsqu'il s'agit d'établir s'il y a luxation sans fracture ou fracture sans luxation. Melchiori pense que le défaut de crépitation, la persistance de la déformation dans les mouvements d'extension ou de flexion du rachis, sont des signes suffisants d'après lesquels on est en droit d'exclure l'idée de fracture. Mais, d'une part, les fractures des vertèbres ne donnent pas

toujours lieu à de la crépitation, et, d'autre part, la crépitation qu'on observerait pourrait tenir à une fracture compliquant la luxation. Quant à la persistance de la déformation, c'est là un signe qui est commun aux fractures et aux luxations, et qui ne peut servir à les distinguer.

Cette difficulté du diagnostic doit rendre le pronostic très-réservé; car, en raison même de cette difficulté, on est en droit de suspecter certains cas de guérison obtenus en dehors de toute réduction. Il est plus sûr de chercher à réduire, puisque la plupart des sujets chez lesquels la réduction n'a pas été tentée ou n'a pas réussi sont morts au bout d'un court espace de temps, et, bien que Rudiger dise avoir guéri par une extension et une compression soutenues une luxation de la douzième dorsale, nous pensons que les moyens rapides que nous avons indiqués pour les luxations des vertèbres cervicales doivent être préférés.

ARTICLE XXIV.

LUXATIONS DES CÔTES.

Nous ne dirons que peu de chose des luxations des côtes. Que décrire, en effet, quand nous n'avons pu rencontrer qu'un très-petit nombre de faits, assez mal décrits, et qui ne sont intéressants que parce qu'ils démontrent la possibilité d'une luxation des côtes avec des délabrements considérables?

A. Paré admettait la possibilité des luxations des côtes. Il en décrit les symptômes et indique plusieurs moyens pour les réduire, mais il n'en donne aucune observation. J. L. Petit ne dit pas un mot de ce genre de blessure. L'Académie de chirurgie a, d'après une observation qui lui a été présentée par Buttet, admis trop légèrement une doctrine qu'une attention un peu plus grande aurait fait rejeter. En effet, le cas qui lui a été présenté n'offrait que les symptômes d'une fracture de côte, et le malade guérit. Nous ne nous arrêterons pas à réfuter l'observation de Buttet; il nous faudrait répéter ce qu'a dit Boyer dans son *Traité des maladies chirurgicales*.

Astley Cooper admet, toujours sans rapporter d'observation, que dans une chute sur le dos, un corps pointu venant à porter sur une côte pourrait en opérer la luxation. Cela n'est point impossible à la rigueur; mais comme la tête de la côte est protégée par les vertèbres, elle ne saurait être atteinte que difficilement. En outre, l'élasticité et la solidité des articulations des côtes avec les apophyses transverses et les corps des vertèbres doivent, à moins de délabrements considérables, rendre extrêmement difficiles ces luxations.

L'extrémité sternale des côtes paraît souvent, d'après Astley Cooper, luxée sur leurs cartilages. Les sixième, septième, huitième cartilages sont sujets à cette altération que les parents attribuent à une chute. Dans ces cas, la courbure des côtes est diminuée et leur portion latérale aplatie, par conséquent leur extrémité sternale et leurs cartilages sont portés en avant; cet aspect, ajoute Astley Cooper, est le résultat d'un vice constitutionnel, ce n'est donc pas une luxation de côte.

Le même auteur dit encore que, par suite d'une violence extérieure, l'extrémité sternale de la côte peut se séparer de son cartilage; dans ce cas, que du reste le chirurgien anglais traite comme une fracture de côte, on ne doit admettre de luxation qu'avec une grande réserve. En effet, si l'on essaye de séparer une côte de son cartilage, on ne peut y parvenir qu'en faisant un effort considérable, et il reste toujours une lame osseuse, à la vérité quelquefois très-mince, attachée au cartilage : c'est donc une fracture que l'on produit et non une luxation.

L'anatomie et l'observation clinique permettaient donc de rejeter la possibilité de ce genre d'affection, quand une observation publiée en 1834, dans la *Gazette médicale,* est venue démontrer, sans toutefois éclairer beaucoup certains côtés de la question, que les côtes peuvent être luxées.

Il s'agit d'un jeune homme robuste, tombé dans une fosse dont on retirait de l'argile. Il fut trouvé deux heures après l'accident affecté de paraplégie, avec douleur dans le dos. Aux environs de la dernière vertèbre dorsale, on remarquait une tumeur grosse comme le poing; la nature de l'accident, la paraplégie, firent craindre une fracture de la colonne vertébrale.

Quatorze jours après l'accident, le malade se trouvait mieux, la tumeur du dos diminuait, *on diagnostiqua une luxation de la onzième côte.* Le malade succomba le lendemain. A l'autopsie, « la colonne vertébrale, séparée du tronc, ne montrait à la dixième et à la onzième vertèbre qu'une faible adhérence, due aux fibres musculaires et aux ligaments déchirés. Ces moyens d'union étant divisés, on trouva le cartilage intervertébral presque entièrement détruit; la onzième côte gauche *luxée;* la côte du côté droit tenait à un fragment de la onzième vertèbre dorsale fracturée; l'apophyse articulaire supérieure de cette vertèbre brisée, la moelle épinière, ainsi que la dure-mère, déchirée... l'extrémité de chacune des deux douzièmes côtes, et l'apophyse transverse de la onzième vertèbre, également fracturées... »

Comment, au milieu d'un délabrement semblable, a-t-on pu diagnostiquer pendant la vie une luxation de la onzième côte? Quels sont les signes de cette affection? L'auteur n'en dit pas un mot; un hasard heureux nous semble avoir seul servi le chirurgien : cette observation ne nous paraît donc avoir d'importance qu'en ce qu'elle nous démontre la

possibilité d'une luxation de côte. Pour le diagnostic surtout, elle nous paraît complétement stérile.

En 1839, Boudet présenta un nouveau cas à la Société anatomique, et, à la même époque, Alcock en rencontra un troisième en Angleterre. Enfin, en 1841, trois nouveaux cas se présentèrent, et deux d'entre eux furent communiqués à la Société chirurgicale de Dublin. Le troisième, observé par Kennedy, a été publié en France par la *Gazette médicale* (1841). Mais de ces quelques faits, racontés sans détails, c'est à peine si l'on est en droit de conclure que ce sont les dernières fausses côtes qui se luxent le plus fréquemment. Quant aux phénomènes observés, ils se bornent à une dépression au niveau des articulations luxées et à une certaine mobilité anormale de la côte déplacée.

Le diagnostic semble pourtant avoir été soigneusement établi dans le cas relaté par Kennedy : la région lombaire était le siége d'une vaste ecchymose; à la place occupée par la tête des deux dernières côtes, on trouvait un enfoncement très-marqué, et une pression exercée sur l'extrémité antérieure de ces mêmes côtes faisait distinctement mouvoir leur extrémité postérieure, sans que cette mobilité fût accompagnée d'aucune crépitation. Mais cette observation est la seule qui soit explicite; aussi faisons-nous nos réserves.

Dans le cas que nous venons de citer, on appliqua un bandage de corps, et l'on exerça à l'aide d'une compresse graduée une pression méthodique sur l'extrémité sternale des côtes luxées. Trois semaines suffirent, dit-on, pour obtenir une guérison. Pour notre compte, nous attendrons de nouveaux succès pour nous prononcer sur la valeur de ce traitement.

Les cartilages de certaines côtes sont exposés à des déplacements qui peuvent être rangés parmi les luxations. Chaussier, S. Cooper, Bouisson, de Kimpe, ont rapporté quelques-uns de ces cas. On sait que les prolongements cartilagineux des sixième, septième, huitième et neuvième côtes sont articulés entre eux par leurs bords; le bord inférieur de la sixième avec le supérieur de la septième, etc.; des trousseaux fibreux rares, allant de l'un à l'autre cartilage, des membranes synoviales, sont le seul appareil ligamenteux qui les unit. Suivant quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer Boyer, Martin (de Bordeaux) et Léger, dans un violent renversement du tronc en arrière, et dans une chute imminente de ce côté, la contraction subite des muscles abdominaux, surtout des muscles droits, tend à rompre les fibres ligamenteuses qui unissent les cartilages en les repoussant en arrière. D'après ces observateurs, le cartilage inférieur passerait en arrière pendant l'effort, et se relevant ensuite pousserait en avant le supérieur qui paraîtrait avoir été déplacé. M. B. Anger a trouvé deux fois sur le cadavre des luxations chondro-costales : dans le premier cas, le car-

tilage était passé en arrière, et dans le second il se trouvait en avant. M. Carbonell a présenté à la Société anatomique un exemple de luxation des deuxième, troisième et quatrième côtes sur leurs cartilages. Or, dit l'observateur que nous venons de nommer, ainsi qu'il arrive dans les fractures des cartilages costaux, il n'y avait pas de déplacement, fait que Malgaigne avait révoqué en doute faute d'autopsie.

Les signes de cette luxation sont une douleur vive à la région blessée, la saillie du cartilage, la gêne de la respiration.

Pour réduire, il suffit de comprimer le cartilage saillant, en faisant renverser légèrement le tronc en arrière; on aiderait à cette manœuvre, s'il était nécessaire, par une pression bien dirigée. D'ailleurs, les mouvements d'inspiration et d'expiration sont le plus souvent suffisants pour rétablir les parties dans leur position normale.

Enfin on connaît quatre exemples de luxation des cartilages sur le sternum. Dans ces observations, dues à Ravaton, Marzotti, Monteggio et Ch. Bell, on a noté une vive douleur, des hémoptysies et un craquement sensible, soit à la pression, soit pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration.

Pour réduire ces dernières luxations, on pourrait profiter, comme nous venons de l'indiquer pour les luxations chondro-costales, d'une inspiration profonde, et l'on maintiendrait la réduction, soit par l'application d'un bandage de corps, soit à l'aide d'un bandage herniaire.

ARTICLE XXV.

LUXATIONS DU STERNUM.

Les auteurs classiques ont méconnu ces luxations jusqu'à la fin du dernier siècle. A cette époque, un chirurgien de Rouen, nommé Aurran, publia, dans le *Journal général de médecine* (XXXe volume), la première observation qu'on en connaisse.

Cette observation était à peu près oubliée, lorsque M. Maisonneuve, à l'occasion de deux cas qui se présentèrent presque simultanément dans le service qu'il faisait par intérim à l'Hôtel-Dieu, fit paraître dans les *Archives générales de médecine* (1842) un travail sur les luxations du sternum. Dans ce mémoire, on trouve, indépendamment des deux observations de M. Maisonneuve, la description d'une pièce pathologique tirée du musée Dupuytren, et une quatrième observation recueillie par MM. Mannoury et Thore. Quelques mois après la publication du mémoire de M. Maisonneuve, M. Drache présenta à l'Académie de médecine un homme sur lequel on pouvait constater une luxation en

avant et en haut de la deuxième pièce du sternum sur la première. M. Chevann, en 1850, a publié dans l'*Union médicale* le cas d'un ouvrier plafonneur qui se luxa le sternum en tombant sur les pieds. J'ai moi-même observé un fait analogue. Malgaigne a soigné à l'hôpital Saint-Antoine, pour la même lésion, un manœuvre qui, en passant d'un bateau à l'autre, était tombé de telle sorte que le haut du sternum avait été frapper le bord anguleux du bateau. Une pièce a été présentée à la Société anatomique. Depuis cette époque, M. Desprez a rencontré un cas de luxation incomplète du sternum en avant, produit par une cause légère. Enfin quelques cas nouveaux ont été rassemblés par M. Ancelot, et d'autres tout dernièrement encore par M. John Brenton (*American Journal*, 1867). Voilà donc en tout une trentaine de cas. Nous allons les présenter ici sous un point de vue général.

Mais d'abord convient-il d'étudier cette lésion sous le nom que lui a donné Aurran? En d'autres termes, avons-nous affaire ici à une véritable luxation, ou n'est-ce là qu'une simple fracture?

Le sternum se compose de trois parties qui sont, en procédant de haut en bas : 1° la poignée; 2° le corps; 3° la pointe. Ces trois os sont articulés entre eux; dès lors il est évident qu'on aura affaire à une véritable luxation et non à une fracture, si le déplacement s'opère au niveau de ces articulations, qui jouissent de synoviales indépendantes, sans aucune solution de continuité au tissu de l'os, et avant l'ossification qui a lieu à leur niveau, par suite des progrès de l'âge. Or, l'examen des observations précédentes résout la question comme l'ont fait Aurran et M. Maisonneuve; c'est une véritable luxation que nous avons à étudier.

Fig. 21. — Luxation du corps du sternum en avant.

Jusqu'à présent, nous ne connaissons qu'une seule variété : c'est celle qui est constituée par un chevauchement de la deuxième pièce au-devant de la première, et que M. Maisonneuve a appelée *luxation du corps du sternum en avant* (voy. fig. 21).

Nous ne nions pas la possibilité de la luxation avec écartement des fragments et de la luxation en arrière, mais il n'en existe point d'exemple qu'on ne puisse discuter, même en y comprenant celui que des

recherches bibliographiques ont fourni à M. Desprez. Quant à la pièce présentée à la Société anatomique, et où le fragment inférieur était luxé en avant, nous pensons avec M. Houël qu'elle se rapportait plutôt à une fracture du corps de l'os.

Étiologie et mécanisme. — Parmi les causes de cette luxation, les unes sont prédisposantes, les autres occasionnelles.

L'âge n'est pas sans influence. Dans l'enfance, en effet, les os sont flexibles, et cette flexibilité amortit les violences; dans la vieillesse, l'articulation supérieure du sternum est immobilisée, ossifiée; dès lors c'est une fracture qui se produit. C'est donc dans la jeunesse et l'âge mûr qu'ont ordinairement lieu ces déplacements; et, en effet, les observations précédentes avaient trait à des personnes de cet âge.

Une mobilité anormale existant dans l'articulation sternale supérieure prédisposerait également à la luxation, que cette mobilité soit congénitale ou accidentelle. Ainsi, chez un jeune homme de vingt-trois ans, qui avait au niveau de la partie moyenne du sternum une douleur d'origine syphilitique, la pression forte et réitérée de la main sur cet os, à l'effet de calmer la douleur, produisit la disjonction des deux premières pièces.

Les causes occasionnelles agissent *directement* ou *indirectement*. Les plus remarquables exemples de luxation produite par cause directe nous sont fournis par Aurran et Malgaigne. Dans le cas d'Aurran, la lésion avait été produite par la pression directe d'un barreau d'échelle sur l'os sternal supérieur qu'il avait déprimé vers la colonne vertébrale. Les causes indirectes sont les plus nombreuses : elles agissent toujours, suivant M. Maisonneuve, en pressant le sternum par ses deux extrémités, comme cela se voit dans une chute sur la tête, sur la nuque ou les épaules; en effet, le scapulum, touchant alors le sol, rencontre une résistance qu'il transmet au moyen de la clavicule à la partie supérieure du sternum, et, d'autre part, les côtes communiquent à la partie inférieure de cet os la pression énorme du poids du corps, accrue de toute la vitesse qu'il acquiert en tombant d'un lieu élevé. Cette pression sera beaucoup plus forte si la colonne vertébrale cède dans un point intermédiaire aux côtes supérieures et inférieures, parce que cette tige se fléchissant transporte sur le sternum une partie du choc qui lui était destiné. Ce mécanisme, indiqué par M. Maisonneuve, nous paraît parfaitement acceptable; mais il nous semble difficile de comprendre la luxation dans les cas où la chute porte sur la partie inférieure du rachis.

Dans les cas où la luxation se produit à la suite d'une chute sur les pieds, la tête, fortement fléchie par le fait du contre-coup, vient heurter violemment contre la première pièce du sternum, et, suivant Mannoury et Thore, il se produit alors, comme pour les fractures

par contre-coup du rachis, une exagération de courbure et de torsion de la colonne vertébrale antérieure.

Anatomie pathologique. — Voici ce qu'on a noté dans les observations mentionnées plus haut : les cartilages des deux premières côtes restent articulés avec la poignée du sternum et semblent avoir suivi son mouvement d'enfoncement, mais se séparent du corps de l'os; et cela se comprend aisément, puisque le cartilage de la deuxième côte s'articule presque exclusivement avec la première pièce, et ne touche le corps de l'os que par une surface très-peu étendue. Les cartilages des troisième, quatrième, cinquième et sixième côtes, qui paraissent également enfoncés, sont souvent fracturés. Le grand surtout ligamenteux antérieur (nom donné par Meckel aux fibres albugineuses qui se trouvent à la face antérieure du sternum) est déchiré, rompu, tandis que le postérieur se trouve simplement décollé dans la majorité des cas. Le cartilage d'une côte peut être brisé ou refoulé quand il se rencontre avec le cartilage d'une autre côte. Ce refoulement, dans un cas cité par M. Maisonneuve, était de plus d'un centimètre. Enfin nous mentionnerons les désordres qui se produisent dans les parties du squelette que traverse le choc (fracture de la clavicule, de la colonne vertébrale, etc.), et dans les viscères (déchirure du foie, épanchements intra-crâniens, intra-rachidiens, etc.); mais ces désordres se lient plutôt à la commotion générale qu'à la luxation du sternum.

Symptomatologie. — Les malades éprouvent une douleur vive au niveau de l'articulation des deux premières pièces du sternum. Cette douleur est augmentée par la pression et les mouvements respiratoires; elle est attribuée à la déchirure des parties molles et à la pression des os déplacés. Le sternum est raccourci, mais ce signe est beaucoup plus sensible à la vue qu'à la mensuration; la tête est fortement inclinée en avant; le malade est courbé et ne peut se redresser. De cette courbure en avant résulte nécessairement une voussure du rachis et la saillie des apophyses épineuses au niveau du point de flexion. En même temps, les côtes inférieures font une saillie notable en avant; les deux premières, au contraire, semblent refoulées vers l'épine. Enfin le corps de l'os, venant se placer au-devant de la poignée, y forme une tumeur appréciable à la vue et au toucher, qui se termine brusquement à sa partie supérieure, où le doigt s'enfonce et permet de constater une dépression transversale, au fond de laquelle on sent un corps dur et résistant, c'est la poignée du sternum. Ajoutons que les cartilages des troisième, quatrième, cinquième côtes, ayant été entraînés par le corps de l'os dans le mouvement ascensionnel de ce dernier, font comme lui une saillie anormale en opposition avec l'enfoncement des cartilages des deux premières côtes qui n'ont pas changé de position.

Diagnostic. — On ne confondra pas la luxation du sternum avec une

simple contusion, à cause de l'absence de déplacement dans cette dernière. On pourrait plus facilement la prendre pour une fracture, et il est même probable que cette faute a longtemps été commise. Mais, dans la fracture, la déformation est beaucoup moins marquée, et, dans le cas où le fragment inférieur ferait saillie au-devant de la première pièce sternale, on sentirait des rugosités à sa partie supérieure, au lieu de cette surface lisse qu'on sent dans la luxation; de plus, ce fragment inférieur ne s'élèverait pas aussi haut au-dessus des cartilages des secondes côtes. Enfin, quand il y a luxation, il est toujours facile de reconnaître les facettes articulaires de l'extrémité supérieure du corps du sternum, tandis que les limites sont moins précises quand la fracture siége au niveau de l'articulation.

Pronostic. — Grave, seulement à cause des lésions accidentelles qui l'accompagnent, et qui, dans sept cas, ont causé la mort; car, dégagée de toute complication, elle peut être assez facilement réduite. Dans le cas de M. Drache, cependant, la réduction fut impossible; mais le malade en fut quitte pour une simple difformité. Suivant M. Ancelot, l'innocuité de l'affection tient à la persistance du ligament postérieur.

Traitement. — Il faut réduire. M. Maisonneuve conseille, pour obtenir la réduction, de placer le tronc dans l'extension, puis de le courber en arrière en pressant d'une main sur le menton, et de l'autre sur la symphyse du pubis. Si cette manœuvre était insuffisante, on l'aiderait par des pressions exercées avec précaution de haut en bas sur le sommet de la pièce inférieure, ou sur les côtés de la poitrine, comme on le conseillait autrefois. Ces dernières pressions auraient pour effet d'allonger les côtes inférieures en diminuant leur courbure, et, par conséquent, de dégager l'os luxé en le portant en avant. On maintiendra aisément la réduction au moyen de compresses graduées placées sur le fragment inférieur, et fixées par un bandage de corps fortement serré.

ARTICLE XXVI.

LUXATIONS DU BASSIN.

Malgré l'étendue des surfaces articulaires et la solidité des moyens d'union qui unissent le sacrum avec l'os des iles, on a eu quelquefois l'occasion d'observer des luxations du bassin.

On voit souvent dans les derniers temps de la grossesse, et pendant les premiers temps qui suivent l'accouchement, un écartement, quelquefois assez considérable, du pubis et des os des iles. Nous ne devons pas considérer ce phénomène comme une luxation; nous n'entrerons

donc dans aucun détail à ce sujet; nous ferons cependant remarquer que cette altération peut persister pendant un temps assez long, et quelquefois même être suivie d'accidents fâcheux que nous avons déjà décrits dans le volume précédent parmi les phénomènes qui appartiennent à la sacro-coxalgie.

On peut admettre plusieurs espèces de luxations du bassin : 1° une luxation du sacrum sur l'os des iles; 2° une luxation de la symphyse pubienne, et, selon que l'os pubis du côté qui a été soumis à l'action du corps contondant est supérieur ou inférieur à celui du côté opposé, on peut dire qu'il y a luxation en haut ou en bas ; 3° une luxation de la symphyse sacro-iliaque; 4° une luxation de l'os iliaque dans ses deux symphyses à la fois; 5° une luxation des trois symphyses ou des trois os à la fois.

Étiologie et mécanisme. — Nous avons déjà dit que la chute d'un corps pesant sur le sacrum pouvait déterminer la luxation des os du bassin, comme cela eut lieu sur le nommé Binay (1). « Celui-ci apportait sur son dos un sac de blé de 350 livres pour le charger dans une charrette sur le derrière de laquelle il appuya d'abord les mains, ensuite la tête sur ses mains, pour mettre le tronc dans une direction à peu près horizontale. Un homme monté dans la voiture devait relever le sac, et l'enlever en le redressant; à peine l'eut-il soulevé qu'il lui échappa et tomba droit sur le dos de Binay, qui n'eut pas le temps de se retirer. » A l'autopsie, on trouva une disjonction d'une des symphyses sacro-iliaques. Dans ce cas, le sac de blé a dû peser par un de ses angles sur un des côtés du sacrum; car s'il eût pesé sur le milieu, le sacrum eût été enfoncé en totalité, et comme le corps n'a pu agir que sur une petite surface dans un endroit déterminé, a fallu que le bassin fût fixé par deux points d'appui, et c'est ce qui est arrivé. En effet, le membre inférieur touchait à terre, et le second point d'appui était formé par les mains et la tête appuyées sur le bord de la charrette.

Dans l'observation de Bassius (2), la luxation a été produite par un violent mouvement en arrière chez un étudiant qui, faisant des armes, était serré de trop près par son adversaire; il y avait, sans contredit, une cause prédisposante dans le relâchement des ligaments.

Une chute d'un lieu très-élevé, et c'est le cas le plus fréquent, peut luxer les os du bassin ; une pression violente, comme celle d'une roue de voiture contre un corps résistant, peut encore être la cause de cette affection. Ténon cite un cas où un écartement violent a produit la luxation de la symphyse pubienne : un jeune homme de dix-huit ans se

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 91.
(2) *Loc. cit.*, p. 89.